КЛИНИЧЕСКІЯ ЛЕКЦІИ.

Профессора В. Г. Лашкевича.

Выпускъ I.

ХАРЬКОВЪ.
Типографія Каплана и Бирюкова, Рыбная, № 30.
1888.

Дозволено цензурою. Кіевъ, 20-го Декабря 1887 года.

Посвящается

памяти

Льва Семеновича

Ценковскаго.

Значеніе кислорода въ невро-терапіи.

Мм. гг. Въ медицинской практикѣ приходится нерѣдко встрѣчаться съ фактомъ, составляющимъ обыденное явленіе въ области медицины,—фактомъ разногласія врачей относительно дѣйствія извѣстнаго средства въ той или другой формѣ болѣзни. Въ то время, какъ одинъ, даже компетентный врачъ, настойчиво рекомендуетъ противъ извѣстной болѣзни то или другое средство, другой, не менѣе компетентный наблюдатель, испытавшій его въ той же болѣзненной формѣ, относится весьма скептически къ полезности этого средства или даже совершенно отрицаетъ ее. Такое явленіе наичаще наблюдается въ области болѣзней эпидемическихъ. На нашихъ глазахъ бензойно-кислый натръ, прославленный нѣкоторыми нашими врачами, какъ вѣрное средство противъ дифтерита, впалъ въ полный дискредитъ. То же случилось и съ пилокарпиномъ, въ которомъ нѣкоторые заграничные врачи хотѣли видѣть специфическое средство противъ дифтерита. Но такія явленія наблюдаются и не въ однѣхъ эпидемическихъ болѣзняхъ. Недавно въ моей клиникѣ лежала женщина съ сложнымъ порокомъ сердца (vitium cordis complicatum). У этой женщины разстройство компенсаціи было выражено ясно. Уменьшенное количество мочи, отекъ ногъ, одышка и отекъ нижнихъ долей легкихъ служили несомнѣннымъ доказательствомъ тому. Въ такихъ случаяхъ digitalis, conval. majalis оказываютъ громадную услугу. Въ данномъ же случаѣ онѣ отказали намъ въ своемъ могучемъ дѣйствіи. Еще болѣе рѣзкій примѣръ подобнаго рода наблюдался на старикѣ, поступившемъ къ намъ съ большой одышкой и настолько сильнымъ ціанозомъ всего тѣла, что можно было думать о врожденной синюхѣ или пораженіи праваго сердца. И тутъ уменьшенное количество мочи, oedema pedum и общая cyanosis, зависящія отъ adynamia cordis, потребовали назначенія digital. et conval. majal.; но ни то, ни другое средство не улучшило состоянія больного,—напротивъ, при употребленіи ихъ, состояніе больного замѣтно ухудшилось. И простая щелочно-горькая микстура (natrum bicarb. cum t-ra nuc. vom.) оказала въ этомъ, какъ и въ предыдущемъ, случаѣ поразительную

услугу. Въ самомъ дѣлѣ, нельзя допустить, чтобы легковѣріе или, что еще хуже, желаніе ввести въ заблужденіе своихъ товарищей, съ одной стороны, и упорное отрицаніе очевиднаго факта, съ другой, были причиною сказаннаго несогласія. Въ основѣ его должно лежать нѣчто иное, болѣе достойное врачей и врачебной науки. Все дѣло сводится къ слѣдующимъ положеніямъ: или 1) *наблюденія производятся не при одинаковыхъ условіяхъ. Такъ, то средство, которое въ началѣ или концѣ извѣстной эпидеміи приносило пользу, оказывается въ самомъ разгарѣ ея мало дѣйствительнымъ;* или 2) *средства назначаются и умѣстно, но въ самомъ организмѣ больного имѣются условія, мѣшающія терапевтическому дѣйствію этихъ средствъ.* Такъ, въ упомянутыхъ выше случаяхъ разстройства компенсаціи существовала значительная диспепсія, которая выражалась сильнымъ сабурральнымъ запахомъ изо рта, кислыми отрыжками, изжогами и тошнотою. Она-то, очевидно, и препятствовала дѣйствію conval. majal. и digitalis, пока не была устранена щелочно-горькой микстурой. Или 3) *наконецъ, средство назначается не тамъ, гдѣ оно проявляетъ свою цѣлительную силу, другими словами, назначается не при надлежащихъ показаніяхъ.* Все это я считалъ нужнымъ сказать вамъ, имѣя въ виду нынѣшнюю нашу бесѣду посвятить значенію кислорода въ лѣченіи нервныхъ болѣзней. Полезное примѣненіе его въ терапіи этихъ болѣзней наблюдалось въ нашей клиникѣ не разъ, и потому мое удивленіе никому не покажется страннымъ, что такой могучій терапевтическій агентъ вовсе не упоминается въ руководствахъ невропатологіи, тогда какъ средства, крайне сомнительныя по своимъ терапевтическимъ свойствамъ, находятъ тамъ свое мѣсто. Это обстоятельство и заставляетъ меня изложить предъ вами рядъ сдѣланныхъ нами наблюденій надъ дѣйствіемъ кислорода при лѣченіи болѣзней нервной системы. Изъ этихъ наблюденій вы увидите, какую неоцѣнимую услугу оказываетъ кислородъ, примѣненный *умѣстно, при надлежащихъ показаніяхъ.*

Считаю не лишнимъ, прежде, чѣмъ изложить эти наблюденія, привести вамъ на память тѣ данныя, которыя имѣются въ наукѣ относительно физіологическаго дѣйствія кислорода и его терапевтическаго примѣненія.

Опыты Клодъ Бернара и Грегана показали, что чистый кислородъ поглощается кровью въ большемъ количествѣ, нежели кислородъ воздуха. Такъ, если взять двѣ равныя порціи крови отъ одного и того же животнаго и одну изъ нихъ взболтать съ обык-

новеннымъ воздухомъ, а другую съ чистымъ кислородомъ, то окажется, что онѣ поглотятъ не одинаковое количество кислорода: первая поглотитъ его 10 объемовъ, а другая 16. Греганъ, анализируя кровь собаки, дышавшей въ продолженіе трехъ минутъ чистымъ кислородомъ, получилъ слѣдующія цифры: до вдыханія кислорода 100 к. ц. крови содержали 16,3, послѣ вдыханія—23,3. Такимъ образомъ, чистый кислородъ поглощается кровью больше, чѣмъ на половину противъ кислорода воздуха. Соотвѣтственно такому явленію, и процессы окисленія въ организмѣ подъ вліяніемъ вдыханія чистаго кислорода усиливаются. Замѣчено, что у животныхъ, подъ вліяніемъ вдыханія чистаго кислорода, количество мочевины увеличивается (Клодъ Бернаръ, Ановъ). При этомъ увеличивается и температура тѣла—на 0,2°—0,9°, какъ видно изъ наблюденій Ананова надъ людьми. Мои наблюденія подтвердили этотъ фактъ. У сыпныхъ тификовъ, подъ вліяніемъ вдыханія чистаго кислорода, я наблюдалъ повышеніе температуры тѣла почти на одинъ градусъ. Что касается дѣйствія кислорода на сердце, то, подъ вліяніемъ вдыханія этого газа, пульсъ становится рѣже, но за то полнѣе. Въ этомъ смыслѣ измѣняется и сфигмографическая кривая пульса. Но особенное дѣйствіе оказываетъ кислородъ на отправленіе нервной системы. Подъ его вліяніемъ рефлекторная дѣятельность до того понижается, что самые настоятельные рефлексы, какъ, напримѣръ, дыханіе, останавливаются,—состояніе, которое Розенталь назвалъ apnoea. Изслѣдованія Розенталя и П. И. Успенскаго показали, что у животныхъ рефлекторная судорога, вызванная токсическими веществами, стрихниномъ, бруциномъ и тебаиномъ, не появляется или тотчасъ прекращается, если у отравленныхъ животныхъ производить искусственное дыханіе,—другими словами, если снабжать кровь ихъ избыткомъ кислорода. Анановъ отравлялъ кроликовъ стрихниномъ и заставлялъ ихъ дышать чистымъ кислородомъ. Оказалось, что тетаническія судороги не наступали, пока животныя дышали кислородомъ. Изложенные факты имѣютъ высокую научную цѣну, такъ какъ ими дается почва для раціональнаго примѣненія кислорода въ медицинѣ.

Извѣстно, какую судьбу испыталъ кислородъ въ своей терапевтической роли. Послѣ открытія этого газа, врачи принялись съ энтузіазмомъ примѣнять его во всевозможныхъ заболѣваніяхъ, стали ожидать отъ него несбыточныхъ услугъ, какъ-то: возврата молодости и чуть не безсмертія. Но мало-по-малу энтузіазмъ сталъ проходить, наступило охлажденіе къ недавнему любимцу терапіи,

и кислородъ отнесенъ ad remedia obsoleta. Причина этого лежала не только въ томъ, что кислородъ не оправдалъ славы универсальнаго средства, но еще и въ томъ, что, вслѣдствіе несовершеннаго способа добыванія его, онъ примѣнялся въ нечистомъ видѣ: содержа вредныя примѣси, онъ, вмѣсто ожидаемой пользы, нерѣдко причинялъ вредъ. Появившаяся въ 1866 г. работа Demarquay о примѣненіи кислорода при болѣзняхъ дыхательныхъ органовъ, сопряженныхъ съ одышкой, а также при упадкѣ питанія, возбудила мало интереса среди врачей; только послѣ упомянутыхъ работъ Розенталя, Лейбе и П. Ив. Успенскаго, кислородъ снова обращаетъ на себя вниманіе врачей, и на этотъ разъ у насъ въ Россіи. Такъ, д-ръ П. И. Успенскій примѣнялъ его съ большою пользою при tabes dorsualis и видѣлъ отъ него уменьшеніе болей и улучшеніе движеній. Афанасьевъ опубликовалъ два случая успѣшнаго примѣненія кислорода въ болѣзняхъ плевры; д-ръ Чудновскій съ пользою примѣнилъ его въ упорной рвотѣ беременной, а д-ръ Быстровъ видѣлъ отъ него пользу въ одномъ случаѣ асфиктической холеры. Мною опубликованъ былъ случай успѣшнаго примѣненія кислорода при гидрофобіи (lyssa humana). Д-ръ Ановъ избралъ терапевтическое употребленіе кислорода темой для своей диссертаціи. Къ сожалѣнію, собственно о терапевтическомъ дѣйствіи кислорода онъ говоритъ очень кратко, не приводитъ ни одного обстоятельнаго своего наблюденія, а довольствуется заявленіемъ, что, кромѣ болѣзней органовъ дыханія и кровообращенія, онъ примѣнялъ кислородъ „въ нервныхъ болѣзняхъ: прогрессивномъ разстройствѣ координаціи движеній, эпилепсіи, нервномъ сердцебіеніи, истеріи и въ одномъ случаѣ Базедовой болѣзни, по совѣту проф. С. П. Боткина“ [1]). Такой лаконизмъ причиняетъ существенный ущербъ научному достоинству работы д-ра Ананова.

Въ нашей клиникѣ мы примѣняли кислородъ при заболѣваніяхъ *нервной* системы. Результаты нашихъ изслѣдованій мы и намѣрены изложить предъ вами въ нынѣшней бесѣдѣ.

Наблюденіе I.

Л. Ф., женщина 31 года, поступила въ клинику 4-го октября 1883 г. Больная хорошаго, но нѣжнаго тѣлосложенія, съ ясно выраженной анеміей; въ дѣтствѣ страдала *сомнамбулизмомъ*, отличалась вообще нервнымъ характеромъ. По выходѣ замужъ, больная испытала

[1]) Ановъ, „О терапевтическомъ примѣненіи кислорода“, диссерт., 1873, стр. 33.

много огорченiй, что еще болѣе усилило болѣзненную раздражительность нервной системы. По словамъ больной и знавшихъ ее врачей, у нея бывали припадки каталепсiи и гипнотизма. Въ нашу клинику она поступила, жалуясь на частые нервные припадки, выражающiеся то приступами истерики, то обмороками съ судорожными подергиванiями конечностей, то, наконецъ, настоящими припадками истеро-эпилепсiи. Объективное изслѣдованiе больной показало, кромѣ вышеупомянутой анемiи, подвижныя почки съ обѣихъ сторонъ и *припухлость съ сильною болѣзненностью праваго яичника*, особенно усиливавшуюся въ перiодъ менструацiи. Въ день поступленiя въ нашу клинику, у больной констатирована была полная анэстезiя туловища, конечностей и покрововъ головы какъ по отношенiю къ чувству тактильному, термическому, такъ и болевому; въ то же время были приступы общихъ судорогъ. Съ теченiемъ времени можно было констатировать крайнюю измѣнчивость всѣхъ родовъ чувствительности: то замѣчалась полная анэстезiя, до того, что вкалыванiе булавки до крови не ощущалось больною, то, наоборотъ, самое легкое прикосновенiе воспринималось больною крайне живо. Подъ влiянiемъ свѣта у больной весьма легко можно было вызвать состоянiе гипноза, во время котораго глаза, неподвижно открытые, устремленные на свѣтъ, наливались кровью, члены представляли мускульную окоченѣлость, извѣстную подъ именемъ восковой, при чемъ членамъ можно было давать какое угодно положенiе и они сохраняли его. Замѣчалась при этомъ полная анэстезiя и безсознательность. Послѣ удаленiя раздражителя, въ данномъ случаѣ свѣта, больная впадала въ сонъ, при чемъ замѣчалось извѣстное явленiе, „hyperexcitabilité musculaire", состоящее въ томъ, что легкое тренiе или дуновенiе вызывало сокращенiе мускула, переходящее въ контрактуру. Простое дуновенiе въ лицо или надавливанiе на яичникъ прекращали описанный приступъ. Слѣдуетъ прибавить, что у больной замѣчено было явленiе сомнамбулизма. Затѣмъ у больной сталъ появляться рядъ нервныхъ приступовъ, начинающихся сердцебiенiемъ и чувствомъ замиранiя въ области сердца; вскорѣ послѣ того появлялись клоническiя судороги ногъ, вздутiе живота, учащенное дыханiе, затѣмъ судороги дѣлались общими, при чемъ больная выгибалась назадъ въ видѣ дуги (opistotonus). Первый разъ было примѣнено вдыханiе кислорода, который *моментально* успокоилъ больную и привелъ въ нормальное состоянiе. Къ вечеру приступъ повторился въ слѣдующемъ видѣ: больная жалуется на сильную боль въ области сердца, пока-

лываніе въ пояснинцѣ и терпкость рукъ; пульсъ 108 въ минуту, сжатъ, дыханіе 42, животъ вздутъ; черезъ пять минутъ полная анэстезія всего туловища и конечностей, чувство холода, дрожаніе, какъ въ лихорадкѣ, пульсъ нитевидный, удары сердца слабы, пульсъ 116, дыханіе 96, крайне поверхностное. Вдыханіе кислорода. Послѣ 20 вдыханій больная сразу почувствовала себя лучше. Порядокъ улучшенія такой: вначалѣ ослабѣваетъ чувство сжатія въ сердцѣ, уменьшается одышка, исчезаетъ чувство одеревенѣнія туловища и конечностей, прекращаются судороги и вполнѣ возвращается чувствительность. Для купированія припадка, продолжавшагося около пяти минутъ, потребовалось 40 вдыханій кислорода, при чемъ пульсъ сдѣлался полнымъ, *72 въ минуту*, *дыханіе 28 изъ 96*, субъективное чувство холода исчезло, на-ощупь конечности представлялись теплыми. Ночью припадокъ повторялся въ слабѣйшей степени и всякій разъ купировался вдыханіемъ кислорода. Къ утру больная спокойно уснула, но въ 10 ч., проснувшись, почувствовала опять описанный припадокъ, который снова купировался кислородомъ. Въ 8 ч. вечера у больной появился полный тетанусъ, дыханіе чрезвычайно поверхностно, пульсъ нитевидный, потеря сознанія. Результатъ вдыханія кислорода: *дыханіе рѣже, глубже*, тетанусъ смѣнился клоническими судорогами, возвратилось сознаніе; далѣе исчезаютъ и клоническія судороги, остается чувство замиранія сердца, которое не поддается дѣйствію кислорода. Черезъ нѣсколько времени наступилъ гипнозъ, изъ котораго больная выведена тоже вдыханіемъ кислорода. Больная пробыла въ клиникѣ около двухъ недѣль. Припадки, вначалѣ бурные и частые, представлявшіе описанное выше разнообразіе, становились рѣже, менѣе интенсивны и, какой бы силы ни были, купировались *всегда* вдыханіемъ кислорода, подъ вліяніемъ котораго и общее состояніе больной видимо улучшалось. Она становилась покойнѣе, раздражительность ея видимо уменьшилась. Больной назначено желѣзо, которое довершило ея выздоровленіе.

Наблюденіе II.

П., молодая женщина, 26 лѣтъ, средняго роста, нѣжнаго тѣлосложенія, анэмична, жалуется на кашель и одышку. Изслѣдованіе груди показало stenosis atrii ventricularis sinistri cum hypertrophia cordis; температура тѣла нормальна, пульсъ ускоренъ. Кромѣ страданія сердца, больная жалуется на боль съ лѣвой стороны надъ Пупартовой связкой, отдающуюся на ногу. При наступленіи

регулъ боль усиливается. Заболѣваніе больная относитъ къ тяжелымъ родамъ. Однажды утромъ, за 3 дня до наступленія регулъ, у больной появилась контрактура пальцевъ руки и ноги лѣвой стороны, тетаническая судорога послѣдней съ невозможностью совершать произвольныя движенія ни рукой, ни ногой. Конечности казались похолодѣвшими сравнительно съ здоровой стороной, полная анэстезія и аналгезія всей лѣвой половины тѣла (hemiplegia et hemianaesthesia hysterica). Назначено вдыханіе чистаго кислорода. Послѣ 20 вдыханій судороги замѣтно ослабѣли (вдыханіе въ теченіе одной минуты), чувствительность вездѣ возвратилась, какъ къ прикосновенію, такъ и къ уколамъ. Больная стала двигать пораженными конечностями. Такимъ образомъ, подъ вліяніемъ кислорода, въ короткое время прошелъ параличъ чувствительности и движенія и прекратилась судорога. До вечера больная чувствовала себя хорошо, но къ вечеру приступъ повторился въ такомъ же видѣ. Опять былъ примѣненъ кислородъ съ такимъ же успѣхомъ.

Наблюденіе III,

относится къ паціенткѣ изъ частной практики. Больная, повидимому, крѣпкаго тѣлосложенія, около 34 лѣтъ, послѣ нравственнаго огорченія впала въ глубокій обморокъ съ потерею сознанія, къ которому присоединились судороги. Судороги имѣли измѣнчивый характеръ: то больная вся вытягивалась, какъ въ столбнякѣ, причемъ замѣчался сильный trismus, то онѣ имѣли характеръ клоническій,—она била руками себя въ грудь, хваталась за шею, то дѣлала сладострастныя движенія съ крайне усиленнымъ вдыханіемъ, по временамъ бредила. Обыкновенныя оживляющія: эфиръ, tinct. valerian., опрыскиваніе лица холодной водой, горчичники—не могли привести больную въ чувство. Такое состояніе продолжалось до моего прибытія, около двухъ часовъ. Тогда, по моему совѣту, приступлено было къ вдыханію больною кислорода. Послѣ нѣсколькихъ вдыханій, приблизительно 8—10, больная становилась покойнѣе, судороги стали прекращаться, пульсъ становился полнѣе, сознаніе стало проясняться; послѣ же 20 вдыханій картина смѣнилась нормальнымъ состояніемъ больной; она жаловалась только на общую слабость и тяжесть въ поясницѣ. Такое состояніе продолжалось приблизительно въ теченіе часа до двухъ, а затѣмъ снова наступили припадки, которые опять прекращались отъ вдыханія кислорода. Такъ продолжалось почти до ночи, когда больная покойно заснула и на другой день проснулась совершенно здоровою.

Наблюденіе IV

сдѣлано мною тоже въ моей частной практикѣ. Больная около 30 лѣтъ, крѣпкаго и здороваго тѣлосложенія, находится въ первомъ періодѣ беременности, которая у нея по счету четвертая. Въ прежнія беременности больная особыми нервными припадками не страдала, за исключеніемъ легкой тошноты, появляющейся въ первые мѣсяцы. Въ настоящее время жалуется на упорный мучительный кашель почти судорожнаго характера. Кашель мѣшаетъ больной спать и даже лежать. Больная должна проводить ночи, почти сидя, постоянно кашляя. Вслѣдствіе упорнаго кашля, больною ощущаются боли въ поясницѣ и нижней части живота. Обыкновенныя narcotica не приносятъ никакой пользы. Тогда, убѣдившись въ совершенно нормальномъ состояніи дыхательныхъ органовъ, я назначилъ вдыханіе кислорода. Послѣ употребленія его наступило улучшеніе быстро. Послѣ перваго же сеанса кашель прекратился, но черезъ два часа снова появился. Второй сеансъ вдыханія кислорода имѣлъ такой же разительный успѣхъ. Больная въ теченіе дня еще разъ вдыхала кислородъ и первую ночь провела покойно. На слѣдующій день припадки уже были видимо слабѣе, больная продолжала вдыханіе кислорода и на третій день кашель оставилъ больную; вмѣстѣ съ тѣмъ прекратилось чувство боли внизу живота и въ поясницѣ.

Наблюденія V и VI.

Оба эти наблюденія касаются значенія кислорода при гидрофобіи (lyssa humana). Одно изъ нихъ подробно описано мною въ „Мед. Вѣст.“ за 1871 г., № 16. Второе сдѣлано мною недавно въ случаѣ, представившемся мнѣ тоже въ частной практикѣ. Случай этотъ слѣдующій. Больная дѣвица П., 20 лѣтъ, три года тому назадъ укушена была бѣшеною кошкою. Въ теченіе трехъ лѣтъ ничего болѣзненнаго дѣвица П. не представляла; но недѣлю назадъ, до полнаго развитія болѣзни, она вдругъ почувствовала сильную слабость; слабость достигла такой степени, что больная принуждена была слечь въ постель. Вскорѣ присоединилось общее недомоганіе, легкія головныя боли, тоскливое настроеніе духа и видимая раздражительность. Вскорѣ стала появляться гиперэстезія всего тѣла по отношенію къ движенію холоднаго воздуха (аэрофобія), которая смѣнялась дыхательнымъ спазмомъ. Тотъ же дыхательный спазмъ вызывался и во время проглатыванія жидкой пи-

щи, особенно холодной (гидрофобія). Бредъ отсутствовалъ, въ мочѣ бѣлокъ и мочевые цилиндры. Назначено было мною вдыханіе кислорода, который замѣтно облегчилъ больную. По ея выраженію, послѣ вдыханія *разливалось въ организмѣ чувство благосостоянія.* Больная провела ночь покойно. Подъ утро легкій бредъ. На слѣдующій день я лично посѣтилъ больную. Больная находилась въ полномъ сознаніи, сидѣла покойно въ креслѣ, только правая рука время отъ времени судорожно подергивалась. Аэрофобія выражена въ высокой степени, она превалируетъ надъ гидрофобіей. Больная ощущаетъ едва замѣтный токъ холоднаго воздуха отъ окна, что видимо безпокоитъ ее. Сѣвшая на лицо муха причинила ей замѣтное страданіе. Если дышать теплымъ воздухомъ на руку больной, то при этомъ паціентка испытываетъ пріятное ощущеніе; напротивъ, даже легкое дуновеніе на руку или лицо крайне мучительно для больной и вызываетъ у нея дыхательный спазмъ. T° 39,5, пульсъ 108. Несмотря на то, что вдыханіе кислорода не могло быть примѣнено надлежащимъ образомъ, въ виду сильнѣйшей гиперэстезіи кожи лица, вслѣдствіе чего приставить маску къ лицу было невозможно и приходилось довольствоваться введеніемъ каучуковой трубки въ ротъ больной и притомъ такъ, чтобы не касаться его стѣнокъ,—несмотря, повторяю, на все это, больная и при такомъ несовершенномъ примѣненіи вдыханія кислорода чувствовала всякій разъ значительное облегченіе всѣхъ болѣзненныхъ припадковъ и сама заявляла, что это вдыханіе успокаиваетъ ее. Больная скончалась; но и здѣсь, какъ въ описанномъ мною прежде случаѣ, вдыханіе кислорода оказывало свое прекрасное дѣйствіе, выражавшееся уничтоженіемъ судорогъ и ослабленіемъ повышенныхъ рефлексовъ.

Наблюденіе VII.

Больной, 27 лѣтъ отъ роду, по профессіи землемѣръ, представляетъ замѣчательный симптомо-комплексъ нервнаго разстройства, преимущественно спинного мозга. Отъ природы онъ крѣпкаго тѣлосложенія, происходитъ отъ совершенно здоровыхъ родителей; на 21 году жизни заразился сифилисомъ, а въ слѣдующемъ году перенесъ тифъ. Обѣ эти болѣзни значительно ослабили больного и онъ поправлялся медленно, ощущалъ общую слабость, вслѣдствіе которой при своихъ работахъ скоро утомлялся; по временамъ онъ испытывалъ быстро наступающую слабость въ такой степени, что боялся упасть. Разъ случилось ему упасть на поясницу и послѣ

этого паденія разстройство въ движеніи начало быстро прогрессировать, появилась потеря зрѣнія сначала въ одномъ, а потомъ и въ другомъ глазу. Въ такомъ плачевномъ видѣ больной поступилъ въ нашу клинику. Больной, опираясь на палку, можетъ стоять, но при ходьбѣ едва двигаетъ ногами, почти не приподнимая ихъ отъ полу; лежа въ кровати, онъ съ трудомъ поднимаетъ то ту, то другую ногу, но оказываетъ достаточное, хотя непродолжительное, противодѣйствіе сгибанію постороннею рукою. Чувствительность сохранена, а болевое чувство даже возвышено. Уколъ булавки или щипокъ вызываетъ тоническую судорогу въ соотвѣтствующей конечности, которая, въ свою очередь, вызываетъ дыхательный спазмъ. Мышечные рефлексы вездѣ повышены; такъ, перкуссіей по какой-нибудь области мышцъ можно вызвать тетаническую судорогу въ соотвѣтствующей группѣ мышцъ, которая тоже переходитъ въ дыхательный спазмъ. Больной представляетъ кромѣ того весьма замѣчательный симптомъ: около года больной не въ состояніи пить холодной воды,—она вызываетъ у него сильный дыхательный спазмъ, какъ это замѣчается у гидрофобиковъ. Тотъ же дыхательный спазмъ вызываетъ у больного дуновеніе холоднаго воздуха въ лицо (аэрофобія). Оба эти симптома тѣмъ болѣе курьезны, что 8 лѣтъ тому назадъ больной былъ укушенъ собакой, какъ онъ увѣряетъ, совершенно здоровою. Мочеотдѣленіе нарушено лишь въ томъ смыслѣ, что больной не въ силахъ задерживать долго мочу. Половая дѣятельность понижена до минимума, отправленіе желудка замедлено. Температура и пульсъ нормальны. Въ виду перенесеннаго больнымъ сифилиса, нами діагносцировано сифилитическое пораженіе спинного мозга. Больному назначено вдыханіе кислорода три раза въ день, въ виду повышенныхъ рефлексовъ. Эффектъ былъ слѣдующій: *общая мышечная раздражительность замѣтно ослабѣла, больной съ меньшимъ затрудненіемъ сталъ пить холодную воду, дуновеніе холоднаго воздуха переносится имъ тоже легче.* Въ виду этого, больному примѣнено настойчиво вдыханіе кислорода и въ теченіе трехъ дней симптомы мнимой гидрофобіи и аэрофобіи, равно и мышечной раздражительности, совершенно исчезли. Назначенное специфическое лѣченіе возстановило движеніе и больной выписался изъ клиники, не представляя другихъ разстройствъ, кромѣ потери зрѣнія, которая, по заключенію проф. Гиршмана, безвозвратна, по причинѣ полной атрофіи зрительныхъ нервовъ.

Теперь перехожу къ изложенію другого ряда наблюденій, въ которыхъ примѣненіе кислорода не принесло никакой пользы.

Наблюденіе I.

Paralysis agitans. Крестьянинъ Давиденко, 43-хъ лѣтъ отъ роду, пять лѣтъ тому назадъ почувствовалъ боль въ правой рукѣ и неловкость при движеніи. Вскорѣ появилось ритмическое дрожаніе въ этой рукѣ, затѣмъ дрожаніе появилось и въ правой ногѣ, затѣмъ появилось въ лѣвой рукѣ и лѣвой ногѣ. Такимъ образомъ, больной представляетъ ритмическія дрожанія во всѣхъ конечностяхъ, но сильнѣе всего въ правой рукѣ. Дрожаніе замѣчается *въ спокойномъ состояніи* и исчезаетъ при попыткѣ взять какой-нибудь предметъ. Походка больного довольно характерна: все туловище наклонено впередъ, предплечія согнуты, больной не можетъ удержаться при движеніи впередъ; походка при этомъ, постоянно ускоряясь, выходитъ, такъ сказать, изъ повиновенія волѣ больного. Больной чувствуетъ постоянно жаръ въ тѣлѣ и общую слабость. *Ему назначено вдыханіе кислорода*, но, несмотря на настойчивое его примѣненіе, больной не испыталъ ни малѣйшаго облегченія.

Наблюденіе II и III

относятся тоже къ случаямъ paralysis agitans. Первый изъ нихъ: крестьянинъ, 53 лѣтъ отъ роду, вслѣдствіе испуга отъ нападенія на него разбойниковъ, заболѣлъ дрожаніемъ обѣихъ рукъ съ постепенно увеличивающейся слабостью въ нихъ. Дрожаніе, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, наблюдается при покойномъ положеніи; при актѣ произвольнаго движенія уменьшается; во время сна дрожаніе прекращается. Больному также было назначено вдыханіе кислорода и также безъ пользы. Третій случай paralysis agitans представляетъ 45-лѣтній мѣщанинъ, еврей по національности. Здоровый и крѣпкій отъ природы, онъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ, находясь въ военной службѣ, простудился и почувствовалъ дрожаніе правой ноги съ нѣкоторою ея тяжестью при ходьбѣ. Вскорѣ дрожаніе распространилось на верхнія конечности, сначала на правую, потомъ на лѣвую; меньше всего пострадала лѣвая нога. Во всемъ остальномъ больной представляетъ ту же картину, какъ и предыдущіе два случая. Ему тоже назначено было *вдыханіе кислорода* и также безъ малѣйшей пользы.

Наблюденіе IV.

Meningo-myelitis chronica. Больной, 49 лѣтъ, кавалеристъ, нѣсколько разъ падалъ съ лошади на спину; 4 мѣсяца назадъ про-

студился на охотѣ, почувствовалъ боль въ спинѣ и легкое лихорадочное дрожаніе. Вскорѣ больной сталъ замѣчать чувство одеревенѣнія и ползанія мурашекъ въ пальцахъ ногъ и въ стопѣ. Больной не могъ оцѣнивать почвы, ему казалось, что онъ ходитъ по мягкому. Слабость ногъ усиливалась больше и больше и дошла до того, что больной могъ ходить только при помощи костылей. По ночамъ больного безпокоятъ судороги въ ногахъ, нижней части живота и поясницѣ; чувствительность въ нижнихъ конечностяхъ ослаблена; отдѣленіе мочи и дефекація затруднены. *Больной никогда не страдалъ сифилисомъ.* Для успокоенія судорогъ, больнымъ въ теченіе нѣсколькихъ дней употреблялось вдыханіе кислорода; но оно не приносило ему никакой пользы. Теплыя ванны и отвлекающія на поясницу доставили больному значительное улучшеніе.

Наблюденіе V.

Tabes dorsualis spasmotica. Акушерка, 38 лѣтъ, Ольга У. Анамнезъ больной богатъ важными фактами. Истерическая въ молодости, больная три года назадъ страдала Меньеровой болѣзнью,— по крайней мѣрѣ, такъ можно заключить изъ ея разсказа. Она почувствовала въ правомъ ухѣ глухоту, сильное головокруженіе съ постоянными рвотами; больную клонило всегда въ одну сторону и, лежа въ кровати, ей казалось, что на нее падаетъ стѣна. Оправившись отъ первыхъ симптомовъ болѣзни, она получила въ больномъ ухѣ такую гиперэстезію, что даже слабое щелканье ногтя о ноготь казалось ей чуть не пистолетнымъ выстрѣломъ. По прекращеніи этой гиперэстезіи, больная чувствовала все еще слегка шаткую походку въ теченіе нѣкотораго времени и затѣмъ считала себя здоровою. Случилось ей упасть на спину такъ сильно, что она лишилась чувствъ. Долгое время послѣ этого паденія больная испытывала боль въ спинѣ и затѣмъ появилась гиперэстезія въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, сильнѣе въ правой; послѣдняя представлялась тяжелою, какъ-бы налитою свинцомъ. При этомъ больная стала замѣчать судорожныя потягиванія во всемъ тѣлѣ, какъ бы послѣ сна. Вслѣдъ за тѣмъ у больной появилось ослабленіе и въ лѣвой нижней конечности, правая же окончательно парализовалась, такъ что больная волочитъ ее за собой. Сухожильные рефлексы вездѣ сильно повышены. Больную время отъ времени безпокоятъ тетаническія судороги въ нижней части туловища, доходящія до діафрагмы. Больную тетанически вытягиваетъ, при чемъ она испытываетъ большія страданія. Судороги эти вызываются

пассивнымъ движеніемъ, а также сами собою, безъ видимой причины. Чувствительность кожи, болевая и тактильная, не измѣнена; измѣнено только чувство температурное въ томъ смыслѣ, что холодъ и тепло ощущаются *какъ тепло.* Функція мочевого пузыря и прямой кишки не измѣнена. Больной назначено вдыханіе кислорода, въ виду ея судорогъ, но это вдыханіе нисколько не облегчило больную. Бромистый калій въ большихъ дозахъ принесъ больной значительное облегченіе.

Наблюденіе VI.

Chorea minor. Тринадцатилѣтняя дѣвочка, хорошаго тѣлосложенія, нѣсколько хлоротическая, заболѣла недѣлю назадъ припадками хореи, выражавшимися вначалѣ въ видѣ гемихореи, а потомъ сдѣлавшимися общими. Больная по временамъ выражаетъ сильное мышечное безпокойство въ рукахъ, ногахъ, даже туловищѣ, съ трудомъ можетъ говорить, по временамъ не въ состояніи сама пить и ѣсть. Это состояніе усиливается въ особенности при психическомъ возбужденіи. Примѣненъ былъ мною въ данномъ случаѣ кислородъ въ видѣ вдыханій, повторявшихся нѣсколько разъ въ день, но, несмотря на употребленіе въ теченіе 3-хъ дней этихъ вдыханій, пользы отъ нихъ не замѣчалось, почему и назначены больной этеризація спины и желѣзо внутрь. Послѣднія средства принесли больной существенную пользу.

Если теперь сравнимъ рядъ наблюденій, въ которыхъ кислородъ оказался полезнымъ, съ наблюденіями, въ которыхъ примѣненіе его осталось безъ всякаго эффекта, то увидимъ, что кислородъ приносилъ пользу во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разстройство нервной системы имѣло *рефлекторный характеръ;* въ тѣхъ же заболѣваніяхъ нервной системы, въ которыхъ этого характера не замѣчалось, примѣненіе кислорода было безполезно. Этимъ устанавливается надлежащее показаніе къ примѣненію кислорода въ невро-терапіи и выясняется его терапевтическое амплуа. Отношеніе кислорода къ рефлекторнымъ разстройствамъ нервной системы особенно наглядно выразилось въ одномъ случаѣ asthmatis bronchialis чисто рефлекторнаго характера. Это было у женщины, имѣвшей нѣсколько выкидышей и страдавшей всякій разъ приступами астмы *при наступленіи мѣсячныхъ.* У нея кислородъ всегда купировалъ приступы, между тѣмъ, какъ въ другихъ случаяхъ астмы, хотя

отъ примѣненія этого газа и наблюдалось облегченіе, но самый припадокъ не купировался. На основаніи всего этого, можно предсказать успѣхъ примѣненія кислорода въ травматическомъ столбнякѣ и эклампсіи рожениць, если они имѣютъ рефлекторный характеръ. Имѣя въ виду вліяніе кислорода на кровообращеніе, мы испытали дѣйствіе его въ сердечныхъ неврозахъ, въ двухъ случаяхъ stenocardiae и въ одномъ случаѣ morbi Basedowi. Первые два случая наблюдались у субъектовъ среднихъ лѣтъ, страдавшихъ весьма ясно выраженнымъ артеріо-склерозомъ и эктазіей аорты. У нихъ приступы stenocardiae появлялись нѣсколько разъ въ день и состояли въ быстро наступающей боли по направленію sterni, распространяющейся затѣмъ на сердечную область и переходящей на лѣвую руку. Пульсъ при этомъ учащался до 150, былъ сжатъ и нитевиденъ, лицо и тѣло покрывались потомъ, дыханіе затруднялось. Такіе приступы обыкновенно длились отъ часу до двухъ и были крайне тягостны для больныхъ. Подъ вліяніемъ вдыханія кислорода приступы оканчивались приблизительно въ четверть часа, при чемъ пульсъ становился полнѣе и падалъ довольно быстро до ста и затѣмъ до девяноста; боль исчезала, дыханіе становилось свободнымъ. Замѣчательно, что по мѣрѣ того, какъ больные употребляли вдыханіе кислорода, приступы появлялись рѣже и были менѣе тягостны.

Случай Базедовой болѣзни представляла 17-лѣтняя дѣвица, страдавшая хлорозомъ и аменорреей. У нея всѣ кардинальные признаки Базедовой болѣзни были на лицо (exophtalmus, struma et palpitatio cordis). И здѣсь вдыханіе кислорода облегчало значительно сердцебіеніе и вмѣстѣ съ этимъ и тягостное чувство напряженія въ глазахъ.

Мнѣ остается, въ заключеніе нашей бесѣды, упомянуть объ одномъ явленіи, замѣченномъ нами на многихъ лицахъ, подвергавшихся вдыханію чистаго кислорода. Мы говоримъ объ увеличенномъ отдѣленіи мочи, которое у нихъ иногда достигало тройного противъ нормы количества; но это явленіе само по себѣ имѣетъ такую практическую важность, что въ настоящее время служитъ предметомъ нашего спеціальнаго клиническаго изслѣдованія, о результатахъ котораго я сообщу вамъ въ свое время.

Кокаинъ противъ angina pectoris.

Мм. гг. Въ короткое время вы имѣли возможность изучить клинически нѣсколько случаевъ заболѣваній кровеносной системы. То были различные пороки сердца, гнѣздящіеся то въ одномъ какомъ-нибудь его отдѣлѣ (vitium organicum simplex), какъ insufficientia valvulae mitralis или stenosis ostii venosi sinistri, то занимающіе одновременно нѣсколько отдѣловъ (vitium complicatum). Были между ними и такіе, гдѣ сама сердечная мышца оказалась ниже своей задачи—fatigitas cordis, или же заболѣваніе локализировалось въ артеріальной системѣ—arteriosclerosis et ectasia aortae. Степени разстройства, причиняемаго организму этими заболѣваніями, были различны, начиная отъ усиленнаго сердцебіенія, одышки и, оканчивая явленіями, извѣстными подъ именемъ разстройства сердечной компенсаціи, какъ-то: общей водянкой, въ различной степени ціанозомъ и уменьшеніемъ мочеотдѣленія. Но, кромѣ этихъ общихъ всѣмъ сердечнымъ заболѣваніямъ симптомовъ, двое изъ нашихъ больныхъ представляли картину припадковъ особаго рода. Послѣдніе появлялись у нихъ внезапно въ формѣ приступа и характеризовались болью, начинающеюся позади sterni, переходящую на область сердца и затѣмъ на лѣвую руку; пульсъ при этомъ сильно учащался, становился малымъ и сжатымъ, дыханіе, какъ-бы, задерживалось, лицо больного блѣднѣло и обильный потъ покрывалъ его. Нѣсколько отличную картину отъ описаннаго представлялъ намъ второй больной; у него тоже боль локазировалась позади грудины и въ области сердца, но она въ то же время переходила на обѣ руки, именно предплечія, верхнюю часть спины и затылокъ и здѣсь была сильнѣе, чѣмъ въ области сердца; иногда она начиналась съ рукъ. Больные точно не опредѣляютъ характера боли, но то вѣрно, что боль эта очень *мучительна*. Одинъ изъ паціентовъ говоритъ, что въ минуту приступа онъ готовъ на себя руки наложить. Приступы эти появлялись при физическомъ напряженіи, скорой ходьбѣ, поднятіи на лѣстницу, а также при душевныхъ волненіяхъ. Такимъ образомъ они могли

въ одинъ день появляться нѣсколько разъ, могли и отсутствовать нѣсколько дней.

Вамъ не трудно, мм. гг., узнать въ этой группѣ симптомовъ болѣзнь, извѣстную подъ именемъ stenocardiae или anginae pectoris, которая есть не что иное, какъ невральгія сердечнаго сплетенія. Невральгія эта, какъ вамъ извѣстно, наичаще бываетъ связана съ заболѣваніемъ кровеносной системы, особенно аорты, arteriae coronariae cordis и самой сердечной мышцы, именно съ жировымъ ея перерожденіемъ. Но она можетъ являться рефлекторно, вслѣдствіе заболѣванія матки, желудка,—какъ результатъ интоксикаціи табакомъ. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ она болѣе доступна лѣченію, терапія, удачно направленная противъ коренныхъ заболѣваній, устраняетъ стенокардію. Но тамъ, гдѣ angina pectoris зависитъ отъ заболѣванія сосудовъ и сердца, тамъ лѣченіе ея составляетъ весьма трудную задачу. Врачъ у кровати страдающаго стенокардіей находится въ большомъ затрудненіи: надежныхъ средствъ противъ этой болѣзни не имѣется, наркотическія приходится примѣнять съ осторожностію, чтобы не ослабить организма и этимъ не вызвать коллапса сердца; возбуждающія требуютъ большой осмотрительности, чтобы, усиливая работу сердца, не усилить и самого приступа. Однимъ словомъ, врачу приходится переходить отъ наркотическихъ къ возбуждающимъ и отъ возбуждающихъ къ отвлекающимъ. И во всемъ этомъ арсеналѣ средствъ онъ не имѣетъ такихъ, которыя могли-бы удовлетворить главной задачѣ лѣченія, т. е. прекратить приступъ anginae pectoris и устранить ея возвратъ.

Въ началѣ прошлаго года мнѣ представилось нѣсколько случаевъ anginae pectoris въ клиникѣ и частной практикѣ. Случаи эти лѣчились до меня различными, такъ сказать, компендіальными средствами, но безъ особенной пользы. Я сталъ примѣнять въ этихъ случаяхъ кокаинъ. Одна треть грана (0,02) до половины грана (0,03) на пріемъ хлористаго кокаина 3 раза въ день дали поразительные результаты.

Объ этихъ результатахъ я заявилъ печатно (Русск. Мед., № 12, 1886) и затѣмъ врачи, лѣчившіе стенокардію кокаиномъ, убѣдились въ его безусловной пользѣ при этой болѣзни.

Я позволю себѣ привести вамъ на память наши наблюденія.

Наблюденіе первое относится къ человѣку 35 лѣтъ, высокаго роста, худощавому, страдающему insufficientia valvularum aortae cum hypertrophia cordis и легкимъ расширеніемъ восходящей части

аорты. Приступы anginae pectoris у больного повторялись до 8-ми и болѣе разъ въ сутки при попыткѣ къ движенію и при всякомъ психическомъ возбужденіи. Начинались эти приступы болью позади sterni отъ scrobiculum cordis вверхъ, распространяясь на лѣвое плечо, область сердца и лѣвую руку; при этомъ боли были настолько сильны, что мѣшали больному дышать. Пульсъ становился сжатымъ и учащался до 150 въ минуту; лицо больного становилось блѣднымъ, тоскливымъ, съ ясно-выраженнымъ страданіемъ. Иногда оно покрывалось потомъ, въ другихъ случаяхъ потъ отсутствовалъ, Такое состояніе приковывало больного къ постели, лишая его возможности работать. Но и ночью больной не имѣлъ покоя, такъ какъ приступы пробуждали его. Болѣзнь продолжается у него болѣе двухъ лѣтъ. Въ прошлый годъ больной отъ той-же болѣзни пользовался въ нашей клиникѣ вдыханіемъ кислорода, который сокращалъ значительно приступы, дѣлалъ ихъ менѣе тягостными для больного, замедлялъ ихъ появленіе, но окончательно не устранялъ ихъ. Кокаинъ же, назначенный по $^1/_3$ грана 3 раза въ день, черезъ три дня окончательно устранилъ приступы стенокардіи. Подъ вліяніемъ его эти приступы становились короче и рѣже, а потомъ и окончательно прекратились. Больной пробылъ въ клиникѣ около двухъ недѣль, и во все это время приступы стенокардіи не появлялись ни разу. Отъ присоединившейся острой инфекціонной болѣзни больной погибъ при явленіяхъ отека легкихъ. Вскрытіе подтвердило прижизненный діагнозъ.

Второй случай представилъ старикъ 63 лѣтъ, помѣщикъ по профессіи, тѣлосложенія нѣкогда крѣпкаго, но подорваннаго перенесеннымъ 15 лѣтъ тому назадъ сифилисомъ и злоупотребленіемъ спиртными напитками. У него замѣчается комплицированный порокъ сердца, именно: insufficientia bicuspidalis, легкая эктазія аорты и сильная arteriosclerosis. Приступы стенокардіи начались у него около полугода назадъ и съ тѣхъ поръ появляются почти каждый день: при ходьбѣ, поднятіи на лѣстницу и психическомъ возбужденіи. Выражаются они болью въ области сердца, позади sterni, которая одновременно передается на обѣ руки; обильный потъ покрываетъ все тѣло, пульсъ становится едва замѣтнымъ. Горчичники и возбуждающія мало приносили пользы; одинъ морфій успокаивалъ больного, но за то причинялъ ему сильную слабость и запоры. Больной обратился ко мнѣ за помощью, и назначенный

мною кокаинъ, по $^1/_3$ грана на пріемъ 3 раза въ день, оказалъ свое полезное дѣйствіе. Въ первый разъ больной еще не могъ замѣтить рѣзкаго улучшенія въ состояніи своего здоровья; но уже на другой день онъ могъ убѣдиться, что приступы сдѣлались короче, при чемъ потъ прекратился, а на третій день приступы совсѣмъ исчезли, хотя одышка, зависящая отъ порока сердца, и осталась у больного.

Чиновникъ, 58 лѣтъ, худощавый, слегка марантическій, съ ясно выраженнымъ склерозомъ артеріи, составляетъ третій случай примѣненія кокаина при стенокардіи. У него приступы anginae pectoris наступали на ходу, внезапно появлялась давящая, сильная боль позади sterni, заставляющая больного останавливаться, при чемъ боль проходила; но при попыткѣ къ дальнѣйшему движенію она снова появлялась, вслѣдствіе чего больной вынужденъ былъ оставаться дома. Ему тоже былъ назначенъ мною кокаинъ по $^1/_3$ грана 4 раза въ день и результатъ былъ такъ же хорошъ, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ, т. е. послѣ двухдневнаго употребленія кокаина приступы anginae pectoris не возобновлялись.

Еще одинъ, по счету 4-й, случай ясно выраженной anginae pectoris представилъ собою мужчина около 40 лѣтъ, высокаго роста, худощавый, по профессіи бухгалтеръ торговаго дома. Восемь мѣсяцевъ назадъ онъ въ первый разъ сталъ чувствовать сердцебіеніе и одышку при ходьбѣ, по временамъ сухой кашель. Вскорѣ къ этому стали присоединяться характерныя боли позади sterni, передающіяся на всю сердечную область, лѣвую руку и лѣвую лопатку; при чемъ дыханіе становилось затруднительнымъ, пульсъ при этомъ значительно учащался и больной, по его словамъ, испытывалъ невыразимыя страданія и тоску. Приступы появлялись сначала относительно рѣдко, но потомъ учащались и съ наступленіемъ холоднаго времени сдѣлались настолько часты, что безпокоили больного даже ночью. Объективный экзаменъ показалъ у больного присутствіе гипертрофіи лѣваго желудочка, insufficientia valvularum aortae и, кромѣ того, эктазію восходящей части аорты, которая ясно обнаруживалась пульсаціей съ правой стороны sterni, въ области второго и третьяго реберъ. Больному мною назначено cocainum muriaticum по $^1/_3$ гр. 3 раза въ день. Уже на второй день больной замѣтилъ, что приступы стенокардіи сдѣлались, какъ

онъ выражался, сноснѣе и короче. На третій день больной уже не замѣчалъ ихъ и до настоящаго времени они не появляются.

Къ этимъ наблюденіямъ я присоединю болѣе подробную исторію болѣзни двухъ наблюдавшихся нами больныхъ, о которыхъ я упомянулъ вкратцѣ въ началѣ нашей бесѣды.

I. Чиновникъ около 60 лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія, при осмотрѣ представляетъ слѣдующія данныя: пульсъ напряженный, *скачущій*, шейные артеріальные сосуды сильно пульсируютъ, такая же пульсація замѣтна глазомъ и на arteria subclavia. Толчекъ сердца энергиченъ, между 6 и 7 ребрами кнаружи отъ соска, *изохроничен*ъ съ пульсомъ лучевой и бедренной артеріи. Печень увеличена, выдается значительно изъ-подъ дуги реберной и болѣзненна при перкуссіи. Моча содержитъ незначительное количество бѣлка, ея суточное количество 700 к. с., отековъ нигдѣ не замѣтно. Около четырехъ мѣсяцевъ назадъ больной кромѣ одышки и сердцебіенія сталъ испытывать упомянутыя уже въ формѣ пароксизмовъ являющіяся боли. Боли эти появлялись неожиданно для больного при всѣхъ условіяхъ, усиливающихъ сердечную работу, какъ-то: скорой ходьбѣ, всякихъ физическихъ напряженіяхъ, психическомъ возбужденіи, но зачастую они наступали безъ видимой причины, даже ночью онъ пробуждался отъ приступовъ стенокардіи. Приступы эти продолжались полчаса до часу, но иногда это была цѣпь приступовъ, то затихавшихъ, то снова обострявшихся, и такъ дѣло тянулось иногда всю ночь. Больного облегчали только подкожныя впрыскиванія морфія, но самыхъ приступовъ *не устраняли.* Съ каждымъ новымъ приступомъ требовалось повышать и дозу морфія, въ послѣднее время потребовалось уже около одного грана морфія. Въ припадкѣ сильной стенокардіи паціентъ явился въ нашу клинику и умолялъ сдѣлать ему подкожное впрыскиваніе морфія, увѣряя, что ничто больше не въ состояніи помочь ему, но дежурный ординаторъ назначилъ ему 1/3 грана кокаина на пріемъ и вдыханіе кислорода и припадокъ сталъ утихать, но потомъ снова усилился, снова данъ былъ пріемъ кокаина, припадокъ прошелъ окончательно. Дальнѣйшее лѣченіе состояло въ употребленіи кокаина, 3 раза въ день по 1/3 грана, и пароксизмы стенокардіи больше не возобновлялись. Больной пробылъ въ клиникѣ 16 дней и намъ пришлось только заняться урегулированіемъ его сердечной дѣятельности.

Такое же блистательное дѣйствіе кокаина при angina pectoris вы наблюдали и въ другомъ случаѣ.

II. Этотъ второй случай, какъ вы помните, относится къ больному 36 лѣтъ, страдающему уже 9 мѣсяцевъ приступами anginae pectoris въ той формѣ, какъ я уже описалъ. Этотъ больной страдалъ раньше тоже нѣкоторыми невропатологическими явленіями. Такъ, 3 года назадъ больной сталъ замѣчать постоянную боль въ области лѣвой лопатки и лѣваго плеча; эта боль затѣмъ давала себя чувствовать и на правой сторонѣ, но рѣже. Далѣе появились паретическія явленія въ глазныхъ мышцахъ: ptosis лѣваго вѣка, наружное косоглазіе въ томъ же глазу. Этотъ парезъ признанъ былъ офталмологами за ревматическій. При объективномъ изслѣдованіи у нашего паціента находимъ гипертрофію лѣваго желудочка, энергическій сердечный толчекъ между 6 и 7 ребрами сильно кнаружи отъ соска, *скачущій пульсъ;* пульсъ этотъ *запаздываетъ противъ ударовъ сердца*, но изохрониченъ съ *пульсомъ остальныхъ артерій тѣла.* При аускультаціи сердца, какъ у его верхушки, такъ и на аортѣ, оба тона замѣнены шумами, при чемъ діастолическій рѣзче и сильнѣе систолическаго. Это особенно замѣтно на мѣстѣ выслушиванія аорты, гдѣ явственно наблюдается и пульсація. На основаніи этихъ фактовъ у больного діагносцированы insufficientia vv. aortae et aneurysma partis ascendentis ejus. Послѣднимъ обстоятельствомъ и слѣдуетъ, можетъ быть, объяснить явленія со стороны глаза больного (compressio nervi sympatici). Приступы anginae pectoris въ послѣднее время участились у нашего больного и выиграли въ силѣ.

При малѣйшемъ физическомъ усиліи, напр. при влѣзаніи въ экипажъ, при душевномъ волненіи, они появлялись у больного съ значительною силою. Въ такомъ состояніи больной поступилъ въ нашу клинику, и вы видѣли, какъ подъ вліяніемъ кокаина пароксизмы стенокардіи стали ослабѣвать и въ силѣ, и въ частотѣ и, наконецъ, совсѣмъ затихли. Больной былъ въ состояніи подниматься по лѣстницѣ безнаказанно, — оставались только слабыя невральгическія боли въ рукахъ, уступившія употребленію arsenici.

Въ моей частной практикѣ наберется до десятка случаевъ anginae pectoris, то связанной съ страданіемъ сердца и сосудистой системы, то обусловливаемой, повидимому, куреніемъ табаку, гдѣ кокаинъ принесъ очевидную пользу, уничтоживъ окончательно ея приступы. Врачи, имѣвшіе случаи испытать согласно моей реко-

мендаціи дѣйствіе кокаина при стенокардіи, отзываются о немъ единогласно съ величайшей похвалой.

Возникаетъ теперь вопросъ: имѣетъ-ли кокаинъ особенное, такъ сказать, специфическое отношеніе къ стенокардіи, или же онъ оказывается здѣсь полезнымъ такъ-же, какъ и при всякой другой невральгіи? Я имѣю возможность разрѣшить этотъ вопросъ на основаніи фактовъ, добытыхъ въ нашей же клиникѣ. Первое примѣненіе кокаина у кровати больныхъ у насъ въ Россіи было сдѣлано еще въ 1873 году ординаторомъ нашей клиники, докторомъ Н. А. Данини (см. диссертацію: Физіологическое дѣйствіе кокаина, стр. 70). Онъ примѣнялъ уксусно-кислый кокаинъ въ 7 случаяхъ различныхъ невральгій: въ 1 случаѣ gastralg., въ 1 случаѣ enteralgiae, въ 2 случаяхъ prosopalg., въ 2 случаяхъ мигрени и въ 1 случаѣ neuralgiae supraorbitalis. Во всѣхъ этихъ случаяхъ доза кокаина была отъ $1/2$ грана до 1 грана Въ одномъ случаѣ было назначено 5 гранъ уксусно-кислаго кокаина за-разъ и въ одномъ— 2 грана. Результаты этихъ изслѣдованій были таковы: *во всѣхъ случаяхъ кокаинъ прекращалъ боли, то скорѣе, то медленнѣе*, *смотря по дозѣ. Доза отъ полуграна до 1 грана переносится больными хорошо безъ токсическихъ явленій.* Доза въ 2 грана до пяти сопровождалась токсическими явленіями, состояшими *въ легкомъ опьяненіи, чувствѣ общей усталости, судорожныхъ подергиваніяхъ въ мышицахъ, жаждѣ и одышкѣ*; пульсъ при этомъ становился сжатымъ, *зрачки оставались нормальны.* Что касается до самой невральгіи, то она, какъ сказано, прекращалась подъ вліяніемъ кокаина, но потомъ снова возвращалась. Изслѣдованія эти производились подъ моимъ прямымъ наблюденіемъ. Но большая въ то время дороговизна препарата не позволила намъ продолжать этихъ интересныхъ изслѣдованій. Обращаясь затѣмъ къ терапевтическому дѣйствію кокаина при стенокардіи, мы должны отмѣтить тотъ фактъ, что здѣсь кокаинъ дѣйствуетъ въ дозахъ меньшихъ (gr. $1/3$) и, притомъ, *не временно* только заглушаетъ боль, какъ это замѣчается при другихъ невральгіяхъ, но устраняетъ приступы совершенно, слѣдовательно, есть не палліативное средство, а средство радикальное.

Если прибавить къ этому, что кокаинъ дѣйствуетъ на сердце какъ tonicum, а это выражается замедленіемъ ударовъ сердца, большимъ наполненіемъ кровью артерій и черезъ это усиленнымъ мочеотдѣленіемъ, то нельзя не видѣть въ немъ средства специфическаго противъ angina pectoris.

Позвольте мнѣ, мм. гг., въ заключеніе обратить ваше вниманіе на одинъ фактъ: въ нашей клиникѣ произведены были нами наблюденія надъ вліяніемъ кислорода при стенокардіи. Оказалось, что вдыханіе этого газа во время приступа сильно сокращаетъ самый приступъ, пульсъ замедляется, становится полонъ, дыханіе свободнѣе. Если комбинировать лѣченіе стенокардіи совмѣстнымъ употребленіемъ и кислорода, и кокаина, то этимъ лучше всего выполнится терапевтическая задача: сократить приступъ боли и устранить его появленіе.

Роль изгиба грудной части позвоночника въ этіологіи эмфиземы легкихъ.

Мм. гг. Вы познакомились клинически съ эмфиземой легкихъ; обликъ эмфизематика, въ его классическихъ чертахъ, съ ціанотическимъ лицемъ, гипертрофіею шейныхъ мышцъ, бочкообразною грудью и толчкомъ сердца in scrobiculo, не разъ уже представлялся вамъ; но, вы помните, что, кромѣ этихъ чертъ, я указывалъ вамъ на одно явленіе, которое наблюдалось у большинства нашихъ эмфизематиковъ и которое, по моему мнѣнію, имѣетъ важное значеніе въ этіологіи эмфиземы легкихъ. Я говорю о выходящей за нормальныя границы изогнутости грудной части позвоночника. Я не употребляю слова „искривленіе", чтобы не подать повода къ недоразумѣніямъ. Подробное изложеніе вліянія этого фактора на происхожденіе эмфиземы легкихъ и будетъ темой нынѣшней нашей бесѣды.

Со времени Ленека и до настоящаго момента существенною причиною эмфиземы считаютъ катарръ мелкихъ бронховъ, *сопровождаемый* значительнымъ *кашлемъ*. Первый изъ этихъ моментовъ, нарушая правильную вентиляцію легкихъ, ведетъ къ застою въ нихъ воздуха и чрезъ это къ механическому расширенію легочныхъ альвеолъ (Lungenblähung). Если это повторяется часто и продолжается долго, то легочные пузырьки теряютъ постепенно свою эластичность.

Второй моментъ—кашель, *повышая положительное давленіе воздуха внутри легкихъ*, еще болѣе содѣйствуетъ, какъ расширенію легкихъ, такъ и потерѣ ихъ эластичности. Такимъ образомъ *продолжительный катарръ бронховъ плюсъ кашель* составляютъ базисъ для всей теоріи легочной эмфиземы; другихъ условій со стороны организма для ея происхожденія по этой теоріи не требуется, да и такіе моменты, какъ сильный крикъ, игра на духовыхъ инстру-

ментахъ и т. п., обусловливаютъ эмфизему чрезъ нарушеніе механики дыханія. Freund, принимая во вниманіе наблюдаемое у эмфизематиковъ измѣненіе реберныхъ хрящей, ихъ гипертрофію и окостенѣніе, видитъ въ этомъ обстоятельствѣ этіологическій моментъ для развитія легочной эмфиземы, такъ какъ при этомъ грудная клѣтка стѣсняется въ ея дыхательной функціи. Но упомянутое измѣненіе хрящей наблюдается въ случаяхъ, такъ сказать, застарѣлой эмфиземы; поэтому на нихъ смотрятъ не какъ на причину, а какъ на слѣдствіе эмфиземы легкихъ, это есть результатъ эмфизематическаго маразма. Такимъ образомъ теорія происхожденія эмфиземы катаррально-кашлевая остается господствующею въ наукѣ.

Съ этой теоріей какъ-то затруднительно приступать къ объясненію тѣхъ случаевъ легочной эмфиземы, которые имѣютъ наслѣдственное или семейное происхожденіе. Бываютъ случаи, гдѣ эмфизема послѣдовательно наблюдается у дѣда, отца и внуковъ. Такіе случаи также объясняются наслѣдственной передачей наклонности дыхательныхъ путей къ заболѣванію катарральнымъ процессомъ. Это объясненіе, однако, не удовлетворяетъ; чувствуется потребность объективныхъ данныхъ для объясненія этого факта.

Послѣ этого можно было бы приступить къ подробному изложенію нашей темы, но для ясности дѣла считаю нужнымъ предварительно привести вамъ на память анатомическія данныя о позвоночникѣ взрослаго человѣка. Какъ извѣстно, такой позвоночникъ не представляетъ прямой линіи, но имѣетъ изгибы. Въ шейной части изгибъ этотъ смотритъ впередъ, въ грудной сильно назадъ, въ поясничной снова впередъ, въ крестцовой снова назадъ. Чрезъ эти изгибы позвоночникъ получаетъ змѣевидную форму. Изгибы напередъ въ шейной и поясничной части зависятъ отъ того, что межпозвоночные хрящи толще спереди, нежели сзади. Что касается грудной части позвоночника, то изгибъ его обусловливается самыми грудными позвонками, которые спереди ниже, чѣмъ сзади, представляя такимъ образомъ слегка клиновидную форму. Нужно помнить, что *дѣтскій позвоночникъ этихъ изгибовъ не представляетъ*, въ немъ *они едва намѣчены. Образованіе ихъ падаетъ на то время, когда ребенокъ начинаетъ ходить и стоять*, *слѣдовательно*, *зависитъ отъ чисто механическихъ условій. Изгибами груднымъ и тазовымъ обезпечивается вмѣстимость соотвѣтственныхъ полостей, что чрезвычайно важно для развитія дыхательныхъ и тазовыхъ органовъ.*

Заручившись этими данными анатоміи, мы можемъ теперь прямо приступить къ разъясненію занимающаго насъ вопроса. Предположимъ, что вслѣдствіе извѣстныхъ условій изгибъ грудной части позвоночника (мы будемъ говорить только о немъ, такъ какъ по занимающему насъ вопросу онъ имѣетъ существенную важность) или, что то же, клиновидность грудныхъ позвонковъ противъ нормы увеличится. Ближайшимъ послѣдствіемъ такой анормальности будетъ увеличеніе грудного діаметра *спереди назадъ*. Но такъ какъ вмѣстѣ съ тѣмъ и точка сочлененія реберъ подается назадъ, а ребра не растяжимы, то они должны будутъ компенсаторно приподняться, пріити въ болѣе горизонтальное положеніе, т. е. такъ, какъ это бываетъ при актѣ вдыханія. Чрезъ такое положеніе реберъ діаметръ грудной клѣтки *справа налѣво* также увеличится. Такимъ образомъ мы будемъ имѣть увеличеніе грудной полости, выполнить которую всецѣло падаетъ на долю легкихъ. Это не можетъ совершиться безъ того, чтобы не пострадала ихъ эластичность. Каждая легочная альвеола должна расшириться. Количество резидуальнаго воздуха въ легкихъ чрезъ это неизбѣжно увеличится (Lungenblähung). Актъ выдыханія, а, слѣдовательно, и вентиляція легкихъ будутъ недостаточны; при такомъ положеніи дѣла и легочное кровообращеніе будетъ терпѣть значительное измѣненіе. Съ расширеніемъ легочныхъ пузырьковъ будутъ расширяться и ихъ кровеносные сосуды, чрезъ что кровяной токъ въ послѣднихъ будетъ замедленъ, давленіе въ легочной артеріи повысится и потребуется *неизбѣжно* компенсаторное вмѣшательство праваго желудочка, его усиленная дѣятельность и даже гипертрофія. Слѣдуетъ ли пояснять, что исчисленныя условія сдѣлаютъ дыхательные органы locus minoris resistentiæ. Они легче будутъ подвергаться различнымъ заболѣваніямъ и упорно удерживать ихъ. Здѣсь уже катарръ бронховъ и кашель довершатъ дѣло, и эмфизема займетъ давно приготовленное ей мѣсто.

Недавно я демонстрировалъ вамъ двухъ эмфизематиковъ: одного— по профессіи портного, другого—часовщика; у нихъ обоихъ изложенныя механическія условія выступали весьма рѣзко. Оба эти больные представляли слабо развитую мышечную систему, грудной изгибъ позвоночника обозначался весьма рѣзко; по своей профессіи субъекты эти проводили большую часть дня въ согнутомъ положеніи, вслѣдствіе чего, несмотря на нестарый свой возрастъ, они представляли старческую согбенность. По ихъ разсказу они

съ молодости страдаютъ кашлемъ и одышкой, которые уменьшались у нихъ лѣтомъ и ожесточались въ остальныя времена года.

Но, помимо этихъ развитыхъ случаевъ эмфиземы, мнѣ приходилось наблюдать и такіе, гдѣ дѣло находилось въ начальномъ періодѣ. Ко мнѣ не разъ обращались родители воспитанниковъ различныхъ школъ ради кашля и одышки, замѣчаемыхъ у этихъ послѣднихъ. Это были дѣти въ возрастѣ отъ 12—14 лѣтъ, съ слабо развитой мускулатурой, рѣзко обозначеннымъ груднымъ изгибомъ позвоночника, иногда съ замѣтными слѣдами рахитизма на реберныхъ концахъ и общимъ малокровіемъ; и у нихъ замѣчалась какая-то, несвойственная молодому возрасту, согбенность; они сидѣли согнувшись. Изслѣдованіе груди пока не обнаруживало никакихъ патологическихъ измѣненій; но акцентъ второго тона пульмональной артеріи указывалъ уже на нарушеніе кровообращенія въ легкихъ; это очевидно были кандидаты на эмфизематиковъ.— Уже изъ сказаннаго вы поймете, что условія для анормальной формы позвоночника лежатъ, во-первыхъ, въ условіяхъ профессіональныхъ. Такъ, портные, сапожники, часовщики и т. п., вынужденные сидѣть согнувшись, постепенно пріобрѣтаютъ ту особенность позвоночнаго столба, о которой идетъ рѣчь. Кромѣ этого мышечная слабость, рахитизмъ въ дѣтствѣ и другія ослабляющія вліянія, продолжительное сидѣніе въ школѣ въ согнутомъ положеніи также точно ведутъ къ той же анормальности позвоночника; но мыслимо еще и наслѣдственное вліяніе. Какъ извѣстно, нѣкоторыя особенности скелета передаются наслѣдственно; возможно, что переходящая границы клиновидность грудныхъ позвонковъ можетъ также быть унаслѣдована, тогда и незначительныя механическія условія повліяютъ на величину грудного изгиба позвоночника, а тѣмъ самымъ и на послѣдовательное развитіе эмфиземы. Этимъ легче, по моему, объяснить наслѣдственные случаи эмфиземы легкихъ, чѣмъ гипотезой о врожденной наклонности дыхательныхъ путей къ катаррально-кашлевымъ заболѣваніямъ.

Этимъ исчерпывается наша тема, и я могъ бы на этомъ покончить нашу бесѣду; но, какъ клиницистъ, я долженъ идти дальше. Врачу мало знать, какъ развивается тотъ или другой болѣзненный процессъ; но, изучивши условія его развитія, еще приходится дать отвѣтъ на вопросъ практическій: чѣмъ и какъ противодѣйствовать развитію этого процесса?

Само собою разумѣется, что противъ процесса, о которомъ идетъ рѣчь, не въ аптечныхъ лабораторіяхъ должны мы искать средства.

Они не въ силахъ исправить дѣла; но въ *гимнастикѣ* мы имѣемъ сильное оружіе, пользуясь которымъ, успѣшно можемъ противодѣйствовать злу. Я позволю себѣ привести здѣсь данныя, добытыя въ военной гимнастической школѣ Joinville-le-pont и сообщенныя обществу судебной медицины и гигіены Далли въ 1878 г. Изъ этихъ данныхъ видно, какое могучее вліяніе оказываетъ гимнастика на организмъ. Воспитанники, занимающіеся ежедневно гимнастикой, *увеличиваются въ вѣсѣ и уменьшаются въ объемѣ. Прибыль вѣса идетъ на счетъ развитія мускулатуры. Сила мускуловъ замѣтно наростаетъ, жизненная емкость легкихъ увеличивается болѣе, чѣмъ на одну седьмую средняго вдыханія. Воспитанники имѣли цвѣтущій видъ.* Но, что особенно замѣчательно, это то, что *многіе патологическіе процессы, какъ хроническіе бронхиты, малокровіе и диспепсія, исчезали подъ вліяніемъ гимнастики* (Annal. d'hyg. publ., стр. 40, 1878). И такъ, in hoc vinces!

Людямъ, вынужденнымъ по своей профессіи проводить большую часть дня въ согнутомъ положеніи, слѣдуетъ рекомендовать прерывать свой трудъ гимнастическими упражненіями, упражняя преимущественно мускулы спины, и это дѣлать по нѣсколько разъ въ день. Кромѣ того они обязаны совершать прогулки на свободномъ воздухѣ для правильной вентиляціи легкихъ. Обязанностью государства должно быть устройство гимнастическихъ залъ во всѣхъ учебныхъ заведеніяхъ, и гимнастическія упражненія должны быть обязательны на-равнѣ съ другими предметами преподаванія; но, чтобы это не было одною формальностью, эти упражненія должны совершаться подъ надзоромъ врача, который регулировалъ бы эти упражненія сообразно каждому индивидуальному случаю, обращая вниманіе на то, какіе мускулы по преимуществу должны быть упражняемы, а также строго опредѣлять и самое время упражненія, чтобы не доводить слабыхъ субъектовъ до утомленія. Само собою разумѣется, что для этого врачъ долженъ выйти изъ узкой лазаретной дѣятельности; ему должна быть предоставлена болѣе широкая дѣятельность: *онъ долженъ быть стражемъ физическаго развитія подростающаго поколѣнія.* Дѣти составляютъ самое дорогое достояніе государства и потому должны быть окружены самыми тщательными заботами. Школа не должна давать инвалидовъ, умственное развитіе должно идти объ руку съ физическимъ. Настанетъ время, когда въ сознаніи общества вкоренится мысль—scientia est potentia, и тогда врачъ будетъ такимъ же необходимымъ орудіемъ въ государствѣ, какъ судья и проповѣдникъ,

говоритъ одинъ ученый. Создастся новая система воспитанія, приноровленная къ біологическимъ условіямъ дѣтскаго организма. Будутъ урегулированы согласно этому и самое время, и способъ школьныхъ занятій, и тогда, конечно, многое зло нынѣшней школьной системы исчезнетъ. Выведутся среди воспитанниковъ неврастеники, люди съ инвалидною грудью, кандидаты различныхъ грудныхъ заболѣваній, начиная отъ эмфиземы и кончая чахоткою легкихъ. Намъ, въ заключеніе, остается пожелать, да пріидетъ поскорѣе это царство науки.

Мѣстное лѣченіе легочной чахотки.

I.

Мм. гг.! Болѣзнь не дала мнѣ возможности трудиться вмѣстѣ съ вами и для васъ и во второй семестръ текущаго академическаго года; вмѣстѣ съ тѣмъ она лишила меня удовольствія слѣдить за вашимъ развитіемъ въ дѣлѣ клиническаго образованія. Преподавателю, который чувствуетъ живую родственную связь съ аудиторіей, доставляетъ большое удовольствіе видѣть научное преуспѣяніе послѣдней; это можно сравнить съ тѣмъ чувствомъ, какое испытываетъ садоводъ при видѣ взлелѣянныхъ его рукою деревьевъ, развивающихся съ полною жизненною энергіею. Но, помимо этого, меня влекло къ вамъ и другое обстоятельство. Вамъ извѣстно, мм. гг., что въ началѣ настоящаго года сообщено было сперва въ медицинской прессѣ („Рус. Медиц.“) въ скромной формѣ предварительнаго сообщенія, а затѣмъ черезъ мѣстную прессу сообщалось urbi et orbi, что чахотка, эта злѣйшая болѣзнь, почти всегда оканчивающаяся смертью, будто-бы, наконецъ, побѣждена; что указанъ, будто-бы, новый способъ ея лѣченія, при которомъ она становится болѣе послушной терапевтамъ, чѣмъ syphilis и intermittens. Способъ этотъ изобрѣтенъ профессоромъ Кремянскимъ и состоитъ въ лѣченіи чахотки по типу чесотки, т. е. въ непосредственномъ дѣйствіи лѣкарственныхъ веществъ на больную ткань, а главнымъ образомъ *на виновниковъ этой болѣзни—микробовъ.*

Такимъ образомъ трубы, отъ звука которыхъ стѣны патологическаго Іерихона должны пасть, найдены: стоитъ только затрубить въ нихъ. И въ этомъ недостатка не было: трубили на всѣхъ газетныхъ перекресткахъ, но отъ звуковъ этихъ, къ сожалѣнію, не зашевелился въ стѣнахъ суровой патологической твердыни ни одинъ камень.

Вирховъ въ одной изъ своихъ рѣчей сказалъ, что задача человѣчества истребить чахотку точно такъ, какъ оно истребило скорбутъ и чуму. Знаменитый французскій клиницистъ Труссо свою лекцію о гидрофобіи заканчиваетъ словами, что при болѣзни, оканчивающейся смертью, на все рѣшаться, все испытать—есть прямая обязанность врача. Но и безъ этихъ высоко авторитетныхъ словъ въ душѣ каждаго врача, которому приходилось имѣть дѣло съ чахоточными больными, видѣть вымираніе отъ чахотки цѣлыхъ семей, смерть молодыхъ субъектовъ, имѣющихъ и желаніе, и право на существованіе, и, наконецъ, испытывать свое собственное безсиліе въ виду злой болѣзни, естественно, возникало желаніе найти средство и способъ уменьшить и даже совершенно уничтожить распространеніе чахотки. Не сомнѣваемся, что этотъ благородный порывъ заставилъ и профессора Кремянскаго заняться вопросомъ о борьбѣ съ чахоткой; но авторъ не поберегся увлеченія, а увлеченіе—это та болѣзнь, которая мѣшала многимъ изслѣдователямъ быть научно-объективными. Воображая себя миссіонерами новыхъ идей, они игнорируютъ обыкновенно чужія наблюденія и собранные другими факты, или же принижаютъ ихъ невѣрною критикой. Самыя статистическія цифры въ рукахъ такихъ изслѣдователей становятся предметомъ свободной бухгалтеріи. Только себѣ самимъ и своимъ изслѣдованіямъ придаютъ они значеніе и выдаютъ полную индульгенцію, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда слѣдовало быть болѣе строгимъ къ себѣ. Это, впрочемъ, весьма естественно; но удивительно то, что господа врачи и даже медицинская литература отнеслись къ заявленію проф. Кремянскаго странно. Она взглянула на это, какъ на нѣчто, дѣйствительно, новое, какъ будто въ самомъ дѣлѣ никогда не примѣнялся мѣстный антисептическій (антимикробный) способъ лѣченія у кровати чахоточныхъ больныхъ. Что это не такъ, я буду имѣть возможность доказать вамъ фактически. Существуетъ даже терминъ „некрофитическій агентъ", т. е. агентъ, способный убивать микроба; этотъ терминъ выработался, преимущественно, по отношенію къ средствамъ, убивающимъ Коховскихъ бациллъ. И всѣ эти некрофитическія средства примѣнялись на широкую руку у кровати одержимыхъ чахоткой. Замѣчательно, что топическій способъ лѣченія занимающей насъ болѣзни даже предшествовалъ открытію Коха. Извѣстно вамъ, что когда Виллеменъ показалъ, что чахотка можетъ быть прививаема животнымъ, что, съ другой стороны, животныя, страдающія жемчужною болѣзнію (чахотка), могутъ заражать людей

своимъ молокомъ, уже въ это время назрѣвала мысль о паразитической натурѣ чахотки, и два патолога, нѣмецкій Клебсъ и французскій Тусенъ, заявили, каждый со своей стороны, объ открытіи ими паразита чахотки. Клебсъ указывалъ на монаду, какъ на причину болѣзни, Тусенъ же видѣлъ эту причину въ микрококкѣ. Оба изслѣдователя принялись за прививку своихъ микробовъ и получали положительные результаты, имѣя дѣло, очевидно, съ нечистыми культурами, въ которыхъ была примѣсь или самихъ Коховскихъ бациллъ, или ихъ споръ. Практическая медицина не осталась равнодушною къ изслѣдованіямъ этихъ ученыхъ. Проф. Инспрукскаго университета Рокитанскій сталъ примѣнять топически въ формѣ ингаляцій бензойно-кислый натръ, какъ средство, обладающее некрофитическимъ свойствомъ. Полученные имъ результаты настолько казались благопріятны, что бензойно-кислый натръ въ формѣ ингаляцій сталъ примѣняться по его методу въ другихъ клиникахъ, однако не оправдалъ возлагаемыхъ на него надеждъ.

Жаку въ своей работѣ о чахоткѣ, изданной въ 1881 г., слѣдовательно, гораздо раньше „открытія Коха", говоритъ, что употреблялъ антисептическій способъ: кромѣ бензойно-кислаго натра, деготь, іодъ, терпентинъ, креозотъ, карболовую кислоту и особенно кислоту салициловую. А. Демуленъ дѣлаетъ попытку опредѣлить, такъ сказать, некрофитическій эквивалентъ фениловой и салициловой кислотъ: онъ беретъ куски мокроты отъ чахоточнаго больного и одинъ кусокъ обработываетъ 1% растворомъ карболовой кислоты, другой 0,1% салициловой кислоты, третій оставляетъ безъ обработки. Затѣмъ этими кусочками прививаетъ трехъ кроликовъ одного помета. Результаты получились слѣдующіе: остался невредимъ кроликъ, который былъ привитъ мокротой, обработанной салициловой кислотой, а остальные два погибли черезъ нѣсколько мѣсяцевъ отъ общаго туберкулеза. Жаку дѣлалъ въ спальняхъ своихъ больныхъ антисептическую атмосферу путемъ пульверизаціи карболовой кислотой. Мы сами употребляли при лѣченіи чахотки ингаляціи olei pini silvestris, дегтярной воды, раствора фениловой кислоты, сулемы и т. д., но не были болѣе счастливы въ результатахъ, чѣмъ другіе клиницисты. Нѣкоторые симптомы, повидимому, облегчались, но въ общемъ болѣзнь шла своими фатальными шагами. Открытіе Коха пробудило новую энергію врачей къ примѣненію топическаго лѣченія легочной чахотки антимикробными средствами. Проф. Лейденъ въ своей статьѣ о лѣченіи чахотки мышьякомъ говоритъ

слѣдующее: со времени открытія туберкулезнаго бацилла опыты съ примѣненіемъ различныхъ антисептическихъ средствъ къ лѣченію чахотки стали производиться въ широкомъ масштабѣ, но не привели ни къ какимъ результамъ.

Френцель и Гиллеръ на второмъ медицинскомъ съѣздѣ въ Висбаденѣ дѣлали сообщенія о своихъ многочисленныхъ опытахъ съ различными средствами, способными убивать растительныхъ паразитовъ, но опыты этихъ ученыхъ не привели ихъ ни къ какимъ положительнымъ результатамъ. (Charité-Annalen, 1884, стр. 165).

Замѣчательно, что въ опытахъ этихъ принимали участіе самъ Кохъ и Гаффки, но результаты были, выражаясь словами Сэ, нулевые, хотя испытывались послѣдовательно на одномъ и томъ-же больномъ, или отдѣльно, такія средства, какъ сулема, бромъ, іодоформъ, этиловый и метиловый спиртъ, сѣроводородъ, мышьяковистая и борная кислоты и проч. Поэтому Жаку открытіе Коховскихъ бациллъ считаетъ безплоднымъ для терапіи чахотки. Такъ, по крайней мѣрѣ, стоитъ дѣло въ настоящее время.

Изъ сказаннаго вы видите, мм. гг., что антисептическій способъ лѣченія чахотки и притомъ мѣстный практиковался давно въ медицинѣ, имѣетъ уже свою литературу и строго научную критику, и видѣть въ предлагаемомъ професоромъ Кремянскимъ *лѣченіи чахотки по типу чесотки* нѣчто новое, значитъ, игнорировать научную литературу и научные факты. Но, можетъ быть, мнѣ возразятъ, что предлагаемыя проф. Кремянскимъ средства: анилинъ, эвкалиптовое масло и т. д., не примѣнялись къ лѣченію чахотки, такъ и это не вѣрно. Френцель примѣнялъ анилинъ въ формѣ ингаляцій при лѣченіи чахотки, но замѣтилъ вредное ея вліяніе на больныхъ: развивалась въ тяжелой формѣ анемія, которая ускоряла летальный исходъ. Оно не удивительно! У работниковъ, занимающихся приготовленіемъ анилиновыхъ красокъ, отъ вдыханія паровъ анилина наступаютъ тяжелыя токсическія явленія, какъ-то: головокруженіе, слабость пульса, общій ціанозъ, охлажденіе всего тѣла, крайняя мышечная слабость, потеря сознанія съ общей анестезіей и анемія. На животныхъ анилинъ дѣйствуетъ такъ же ядовито. Опыты Шухарта, Оливье, Бержерона и друг. показали, что 1 grm. его убиваетъ кролика и 3 grm.—собаку при явленіяхъ общей слабости, клоническихъ судорогъ и въ высокой степени ослабленной дѣятельности сердца. (См. Hermann, Lehrbuch der experimentellen Toxicologie. Bd. I, стр. 284).

Какъ видите, средство это не настолько невинно, чтобы его можно было съ спокойною совѣстію примѣнять у кровати больныхъ.

Я приводилъ вамъ выше слова Труссо, которыя, въ виду смертельной болѣзни, уполномочиваютъ врача на многое; но не слѣдуетъ забывать и другого гуманнаго правила: *ne noceas, ubi juvare neques.*

При этомъ нужно помнить и то, что не все совершается въ организмѣ такъ, какъ это бываетъ in vitro. Но допустимъ, что анилинъ, эвкалиптовое масло и проч. дѣйствительно убиваютъ чахоточную бактерію; какія же доказательства для этого приводитъ авторъ? Когда мы дѣйствуемъ сѣрою на чесоточнаго клеща, то убѣждаемся черезъ нѣсколько времени, что животное умерло, именно, въ немъ жизненные признаки, какъ-то движенія, не существуютъ. Но чѣмъ убѣдиться въ смерти неподвижной бактеріи?

Для этого, очевидно, нуженъ рядъ особыхъ экспериментовъ: во-первыхъ, необходимы эксперименты съ прививками животнымъ мокроты, взятой отъ больного, подвергавшагося ингаляціи некрофитическаго агента; во-вторыхъ, опыты съ культурой такой мокроты. Первый методъ менѣе убѣдителенъ второго. Такъ, нашъ извѣстный микологъ, проф. Ценковскіи, сообщилъ мнѣ устно свои весьма почтенныя въ этомъ отношеніи наблюденія. Вамъ извѣстно, что нѣсколько лѣтъ сряду въ нашей мѣстности жукъ, anisoplia austriaca, истребляетъ посѣвы; это—настоящее бѣдствіе нашего землепашца! Потребовалась разумная борьба съ нимъ. Поэтому составлена была энтомологическая коммиссія, въ составъ которой вошли профессора Ценковскій и Мечниковъ. Эти ученые остановились на фактѣ заболѣванія личинокъ этого жука мускардиной,—грибкомъ, проростающимъ и развивающимся въ тѣлѣ личинки. Имъ пришла мысль утилизировать этотъ фактъ для борьбы съ anisoplia. Потребовались предварительные опыты. При этихъ опытахъ замѣченъ былъ весьма интересный и важный фактъ, именно: въ то время, какъ однѣ личинки заболѣвали мускардинною болѣзнью легко, другія, наоборотъ, обнаруживали такую сопротивляемость яду, что не заболѣвали и тогда, когда ихъ осыпали мускардинами. Отсюда прямой выводъ, что неудавшаяся прививка еще не доказываетъ смерти патогеннаго микроба.

Болѣе надежный, конечно, второй методъ—прямой культуры. Если мокрота не можетъ дать генерацію патогенныхъ бациллъ, то значитъ, что бациллы эти погибли въ ней подъ вліяніемъ не-

крофитическаго агента. Еще болѣе научно соединить оба эти метода. Но, спрашивается, дѣлалъ ли авторъ лѣченія чахотки по типу чесотки такіе опыты? Оказывается, нѣтъ! Въ его книгѣ заявляется голословно, что по его изслѣдованіямъ такое-то вещество убиваетъ чахоточныхъ бактеріи. Но въ чемъ состояли эти изслѣдованія, какъ они производились, объ этомъ ничего авторъ не говоритъ. А это чрезвычайно важно. Я упоминалъ вамъ о работахъ Клебса и Тусена; эти ученые впали въ невольную ошибку вслѣдствіе того, что имѣли дѣло съ нечистою культурою. Поэтому производить бактеріологическія изслѣдованія безъ контроля умѣлаго миколога не безопасно. Легко можно впасть въ ошибку, можетъ-быть, добросовѣстную, но тѣмъ не менѣе ошибку.

Не слѣдуетъ упускать изъ вида и того обстоятельства, что некрофитическіе агенты различно относятся къ бактеріямъ и къ ихъ спорамъ. Для первыхъ они служатъ разрушителями, вторые же остаются внѣ всякаго ихъ вліянія. И на этотъ фактъ г. Кремянскіи не обратилъ должнаго вниманія. Самымъ сильнымъ противомикробнымъ свойствомъ обладаетъ сулема: уже въ тысячныхъ растворахъ она убиваетъ не только патогенныя бактеріи, но и споры ихъ, и сулема примѣнялась при лѣченіи чахотки различнымъ способомъ— путемъ впрыскиваній, ингаляціи. Гиллеръ испыталъ ее въ 44 случаяхъ и высказывается противъ этого средства. По его словамъ, сулема ускоряетъ разрушительный процессъ въ легкихъ.

Какъ вамъ извѣстно, и въ нашей клиникѣ примѣнялась сулема въ формѣ ингаляцій, но тоже не давала хорошихъ результатовъ. Такимъ образомъ топическое лѣченіе чахотки не привело до сихъ поръ къ положительнымъ результатамъ, несмотря на то, что оно примѣнялось съ достаточною энергіей людьми вполнѣ научными и при соблюденіи научныхъ гарантіи. И, кромѣ того, употреблялись и такія энергическія средства, какъ фтористо-водородная кислота (Chevy, De l'acide fiorhydrique, ses applications therapeutiques).

Послѣ этого нельзя удивляться словамъ профессора Жаку, называющаго открытіе Коха *безплоднымъ* для терапіи чахотки, и нельзя упрекать терапевтовъ, какъ это дѣлаетъ проф. Кремянскій, въ томъ, будто они не обратили вниманія на этіологію чахотки и пренебрегли антимикробнымъ методомъ лѣченія ея. Они примѣняли этотъ методъ съ усердіемъ; но не ихъ вина, что факты не оправдали этого метода.

Въ слѣдующей бесѣдѣ мы поговоримъ объ аппаратѣ, предложенномъ Кремянскимъ и названномъ вдыхательнымъ пульверизаторомъ.

II.

Въ прошлой бесѣдѣ нашей мы показали, что методъ мѣстнаго лѣченія чахотки различными антисептическими средствами (некрофитическими) очень и очень не новъ. Разнообразныя средства примѣнялись при немъ, то въ формѣ ингаляцій, то въ формѣ особенной антисептической атмосферы въ камерахъ, занимаемыхъ чахоточными больными. Изъ этой бесѣды вы могли убѣдиться, что даже и средства, предлагаемыя для лѣченія чахотки по типу чесотки профессоромъ Кремянскимъ, уже испытаны. Но, можетъ-быть, вамъ подумается, что средства эти не оказали своего дѣйствія потому, что примѣнялись не надлежащимъ способомъ, что профессоръ Кремянскій въ своемъ аппаратѣ, названномъ имъ вдыхательнымъ пульверизаторомъ, далъ болѣе совершенный способъ примѣненія этихъ средствъ. Въ нынѣшней бесѣдѣ нашей я постараюсь фактами доказать вамъ, что и это не такъ. Была предложена цѣлая масса различныхъ весьма совершенныхъ аппаратовъ, посредствомъ которыхъ лѣкарственныя вещества вводились прямо, непосредственно въ легкія. При разсматриваніи этихъ аппаратовъ вы еще разъ убѣдитесь въ томъ, что топическое лѣченіе грудныхъ болѣзней было издавна предметомъ особенной заботливости терапевтовъ. Но прежде разберемъ аппаратъ профессора Кремянскаго. Вы видите его устройство, оно довольно просто: это довольно вмѣстительная, стеклянная банка, снабженная сверху плотно закрывающейся пробкой, въ которую вдѣланы двѣ довольно широкія стеклянныя трубки; одна изъ нихъ опускается въ банку довольно глубоко, не доходя до дна на 1 сантиметръ, другая, напротивъ, оканчивается тотчасъ подъ пробкой; на эту послѣднюю надѣта каучуковая трубка, оканчивающаяся въ видѣ наконечника стеклянною же трубкою около 2-хъ сантиметровъ въ діаметрѣ; черезъ эту послѣднюю больные втягиваютъ въ себя воздухъ, который, проходя чрезъ слой жидкости, находящейся въ стклянкѣ и смѣшанной съ различными летучими веществами, захватываетъ послѣднія съ собою и вноситъ въ дыхательные пути.

*

Снарядъ этотъ, слѣдовательно, есть не что иное, какъ аспираторъ, но вовсе не пульверизаторъ: онъ не можетъ распылять жидкостей, растворовъ различныхъ солей; только летучія, эфирныя вещества могутъ быть при его посредствѣ вдыхаемы.

Вотъ вамъ опытъ, подтверждающій мои слова: въ аппаратѣ находится растворъ желтой кровяной соли; какъ вамъ извѣстно, это самый чувствительный реагентъ на растворы солей мѣди, которыя окрашиваются отъ него въ краснобурый цвѣтъ. Въ трубку, черезъ которую проходитъ вдыхаемый воздухъ изъ аппарата, я помѣстилъ вату, пропитанную растворомъ сѣрнокислой мѣди. И вы видите, что энергическое вдыханіе черезъ аппаратъ и довольно продолжительное не измѣняетъ цвѣта ваты, слѣдовательно, до нея не достигаетъ ни одна капля желтой кровяной соли. Но вотъ въ аппаратъ прибавили нѣсколько капель терпентиннаго масла, и теперь при вдыханіи легко ощущать его присутствіе. При оцѣнкѣ этого аппарата не слѣдуетъ упускать изъ виду одного весьма, по моему мнѣнію, важнаго обстоятельства. Какъ я уже вамъ сказалъ, аппаратъ этотъ есть простой аспираторъ; слѣдовательно, изъ него воздухъ вступаетъ въ дыхательные пути чрезъ присасывающее дѣйствіе грудной клѣтки больного. Но, какъ показали пневмометрическія изслѣдованія, вдыхательная сила чахоточныхъ въ значительной степени понижена. Въ то время, какъ у здоровыхъ людей она равняется отъ 120—150 миллиметровъ, она падаетъ до 40 и 50 миллиметровъ у чахоточныхъ; слѣдовательно, и съ этой стороны онъ имѣетъ свои неудобства. Поэтому приспособленіе, состоящее въ соединеніи Вальденбурговскаго аппарата для вдыханія сжатаго воздуха съ Вульфовскою стклянкою, содержащею лѣкарственныя вещества, черезъ которую сжатый воздухъ прежде проходитъ, чѣмъ вдыхается больнымъ, имѣетъ за собою гораздо больше практическихъ выгодъ.

Здѣсь, слѣдовательно, дѣло основывается не на одномъ присасываніи грудной клѣтки, т. е. на отрицательномъ давленіи, но усиливается еще и положительнымъ давленіемъ, производимымъ аппаратомъ. Замѣчу мимоходомъ, что подобнаго рода снарядъ описанъ уже въ 1880 г. и посредствомъ его ингалировались различныя эфирныя масла, терпентинъ, карболовая кислота, aqua chlori, іодъ и т. д.

Докторъ Доманскій изъ Кракова, желая вмѣстѣ съ тѣмъ стерилизировать вдыхаемый больными воздухъ, вмѣсто жидкостей вно-

силъ въ стклянку вату, пропитанную лѣкарственными веществами; черезъ эту вату воздухъ фильтрировался. А по опытамъ Тиндаля даже городской воздухъ, будучи пропущенъ черезъ вату, становится по своей чистотѣ равнымъ воздуху самыхъ высокихъ горъ. Кромѣ этого аппарата придумана цѣлая масса другихъ снарядовъ съ цѣлью вдыханія больными лѣкарственныхъ веществъ. Описывать всѣхъ ихъ я не стану; упомяну только о такихъ аппаратахъ, которые имѣли въ виду постоянное вдыханіе больными лѣкарственныхъ веществъ.

Сюда относятся: ингаляціонная маска Куршмана и респираторъ Гаусмана; послѣдній по удобству примѣненія заслуживаетъ особаго вниманія. Подробное описаніе этихъ аппаратовъ вы найдете въ руководствѣ къ общей терапіи Цимсена, въ отдѣлѣ терапіи дыхательныхъ органовъ Эртеля. Такимъ образомъ вамъ ясно, что предложенный проф. Кремянскимъ аппаратъ ни въ какомъ отношеніи не стоитъ выше своихъ предшественниковъ. И съ этой, слѣдовательно, стороны онъ не можетъ претендовать на новизну.

Перейду теперь къ послѣднему положенію проф. Кремянскаго, касающемуся діэтетическаго содержанія чахоточныхъ больныхъ. Проф. Кремянскій рекомендуетъ назначать больнымъ, какъ онъ говоритъ, ароматическую, кислую, питательную діэту, состоящую прежде всего изъ мясного порошка и кваса съ прибавленіемъ ароматическихъ веществъ. Мясной порошокъ, приготовленный изъ мяса, высушеннаго при не особенно высокой температурѣ, имѣетъ, по Кремянскому, противобацилярныя свойства. Такое мнѣніе проф. Кремянскій основываетъ на томъ, что въ мышцахъ никогда не наблюдается туберкуловъ; но онъ упускаетъ изъ виду, что мясной порошокъ подвергается дѣйствію желудочнаго сока въ организмѣ больного, подъ вліяніемъ котораго онъ превращается въ пептоны, а потомъ въ бѣлки; а это уже не мышечное волокно.

Интересно, почему проф. Кремянскій не остановился на куриныхъ яйцахъ? Вѣдь въ нихъ тоже никогда не наблюдались туберкулы. А пробовалъ ли авторъ производить культуры Коховскихъ бациллъ въ бульонѣ, приготовленномъ изъ его мясного порошка? Если нѣтъ, то онъ не имѣетъ никакого научнаго права говорить объ антимикробной натурѣ упомянутаго порошка. Что касается кислотъ, то растворы ихъ не благопріятствуютъ развитію бактерій, которыя легче развиваются въ щелочныхъ растворахъ. Но это не имѣетъ абсолютнаго значенія. Слюна дифтерити-

ковъ, по моимъ изслѣдованіямъ, реагировала кисло; но это не мѣшало ризвиваться дифтеритическимъ пленкамъ въ полости рта. На стѣнкахъ желудка нерѣдко приходится наблюдать туберкулезныя язвы; а желудокъ, какъ вамъ извѣстно, выдѣляетъ сокъ, содержащій энергическія кислоты, какъ-то: соляную и молочную Я уже указалъ вамъ на то, что молоко, употребляемое въ пищу отъ коровъ, страдающихъ жемчужною болѣзнію, вызываетъ туберкулезную чахотку. Слѣдовательно, желудочный сокъ не разрушаетъ находящихся въ немъ туберкулезныхъ бациллъ или ихъ споръ, несмотря на содержаніе энергическихъ кислотъ. Да если-бы желудокъ былъ, на самомъ дѣлѣ, тѣмъ чистилищемъ, въ которомъ патогенныя бактеріи погибали бы отъ дѣйствія его кислотъ, то мы были-бы застрахованы отъ тѣхъ болѣзней, заразное начало которыхъ вносится въ нашъ организмъ преимущественно съ водою, употребляемою въ питье, какъ это доказано для брюшного тифа и холеры.

Но опытъ не подтверждаетъ этого. Такимъ образомъ и это мнѣніе автора о предохранительномъ вліяніи отъ чахотки кислыхъ напитковъ такъ же произвольно, какъ и мнѣніе, будто антифебринъ (ацетъ-анилидъ) распадается въ организмѣ на анилинъ и уксусную кислоту. На самомъ-же дѣлѣ такого распаденія не происходитъ и онъ выдѣляется изъ организма въ формѣ сочетанныхъ соединеній съ сѣрной кислотой (Муллеръ). Прошу замѣтить, что средство это далеко *не невинно.* По опытамъ Лепина, оно въ количествѣ одного грамма всегда вызываетъ опасные припадки. Кровь подъ вліяніемъ его принимаетъ бурошеколадный цвѣтъ; въ кровяныхъ шарикахъ образуется мета-гемоглобинъ; кровь лишается части своего кислорода, черезъ что кожа принимаетъ сильно ціанотическій цвѣтъ, какъ это бываетъ при асфиксіи. Изъ этого вы видите, что и самое жаропонижающее дѣйствіе этого средства едва-ли не слѣдуетъ отнести къ дарамъ Данайцевъ: timeo Danaos et dona ferentes. Послѣ всего сказаннаго возникаетъ, естественно, вопросъ: неужели великое открытіе Коха ничѣмъ не сказалось полезнымъ въ практическомъ отношеніи? Этого ни въ какомъ случаѣ сказать нельзя. Если до сихъ поръ оно не имѣло значенія для лѣченія чахотки, то его значеніе для профилактики этой болѣзни необыкновенно важно. Вѣра въ заразительность чахотки существовала давнымъ-давно. Ровно сто лѣтъ назадъ до Коховскаго открытія въ Неаполѣ и Португаліи былъ декретъ, которымъ чахотка объявлялась столь же прилипчивою болѣзнію, какъ и чума; поэтому рекомендовались самыя строгія профилактическія

мѣры, какъ-то: больные чахоточные строго изолировались, платье и вещи, употреблявшіяся ими, уничтожались, домъ, гдѣ умеръ чахоточный, подвергался провѣтриванію, окуриванію, окна и двери сожигались. Всякій, кто осмѣливался продавать вещи отъ чахоточнаго больного, подвергался строгой карѣ. Но эта мѣра съ теченіемъ времени, подъ вліяніемъ книжныхъ доктринъ, низвелась, такъ сказать, ad vitam minimam, но со сцены совершенно не исчезла. Въ народѣ и среди практическихъ врачей она продолжала свое, хотя и робкое, существованіе. Нельзя было, въ самомъ дѣлѣ, отказаться отъ нея, видя такіе факты, что жена, ухаживающая за чахоточнымъ мужемъ, сама заболѣвала чахоткою, что мужъ умершей отъ чахотки жены женился на другой, получалъ чахотку и заражалъ чахоткой вторую жену, что отъ чахотки вымирали цѣлыя семьи и т. п. Но послѣ открытія Коха гипотеза заразительности чахотки сдѣлалась положительнымъ научнымъ фактомъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ даны средства надежной профилактики. Мы знаемъ, напримѣръ, что отдѣленія чахоточныхъ больныхъ составляютъ главный очагъ заразы; что подъ вліяніемъ фениловой, салициловой кислотъ они теряютъ свое заразительное начало, а это уже цѣнное пріобрѣтеніе въ профилактическомъ отношеніи. Но что-же остается въ удѣлъ терапевтамъ? Неужели они должны безпомощно опустить руки, потерявъ всякую надежду на успѣшность борьбы съ врагомъ? Этого, конечно, не скажетъ ни одинъ научный клиницистъ. Изученіе инфекціонныхъ болѣзней, ихъ заразныхъ началъ, дало намъ цѣнныя указанія, какимъ путемъ нужно слѣдовать въ борьбѣ съ инфекціями. Наука показала, что заразныя начала могутъ то выигрывать въ своей ядовитости по отношенію къ организму, то, наоборотъ, значительно терять ее, т. е. дѣлаться ослабленными ядами; что эти ослабленные яды, производя въ организмѣ животныхъ лишь слабую степень инфекціи, сообщаютъ организму извѣстную сопротивляемость болѣе сильному тому-же яду, т. е. дѣлаютъ организмъ, какъ мы говоримъ, иммуннымъ. Здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ метаморфозированнымъ положеніемъ гомеопатовъ: „similia similibus curantur". Далѣе наука владѣетъ фактами, доказывающими возможность создать генераціи иммунныхъ организмовъ; такъ, беременныя овцы, вакцинированныя ослабленнымъ ядомъ сибирской язвы, рождаютъ ягнятъ, снабженныхъ уже иммунитетомъ. Такимъ образомъ существуетъ возможность, если не уничтожить ядъ, то уничтожить въ организмѣ выгодныя для развитія его условія, т. е.

сдѣлать организмъ невоспріимчивымъ къ яду. Далѣе наблюденія клиническія и изученіе эпидемическихъ болѣзней убѣждаютъ насъ, что такое ослабленіе патогенныхъ ядовъ совершается и въ природѣ. Мы видимъ, что эпидемія оспы, кори, скарлатины иногда имѣетъ ходъ благопріятный, въ другихъ случаяхъ та же болѣзнь и въ той-же мѣстности достигаетъ очень злокачественнаго характера. Мы говоримъ поэтому, что genius epidemicus бываетъ то benignus, то malignus.

Вамъ извѣстно, что и чахотка даетъ острые, бурно протекающіе случаи и такіе, которые тянутся годами, представляя въ это время различныя колебанія. Кромѣ всего этого иммунитетъ организма достигается и внесеніемъ въ него лѣкарственнаго агента иногда въ весьма незначительныхъ дозахъ; такъ, сифилисъ, безспорно-инфекціонная болѣзнь, исчезаетъ подъ вліяніемъ употребленія въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени незначительныхъ пріемовъ сублимата ($^1/_{16}$ грана); такъ-же точно и мышьякъ въ очень незначительныхъ дозахъ уничтожаетъ маляріиную инфекцію.

Приведу аналогичный фактъ изъ области растительной біологіи: существуетъ грибокъ, извѣстный подъ именемъ aspergillus niger; грибокъ этотъ погибаетъ, если къ питательной жидкости, гдѣ онъ развивается, прибавить азотно-кислаго серебра въ такихъ минимальныхъ количествахъ, какъ $^1/_{1600000}$. Но что всего удивительнѣе— это то, что онъ погибаетъ, если культуру его перенести въ серебряный сосудъ; хотя никакими химическими средствами нельзя открыть серебра въ питательной его жидкости.

„Допустимъ, говоритъ Дюкло, что aspergillus былъ-бы паразитомъ человѣческаго организма и овладѣлъ-бы имъ всецѣло; то количество азотно-кислаго серебра, необходимаго для того, чтобы избавить организмъ отъ этого паразита, предположивъ организмъ вѣсомъ въ 60 киллограммовъ, равнялось-бы всего 40 миллиграммамъ; если-бы онъ развивался только въ крови, то потребовалось 5 миллиграммовъ агента“. (Ferm. et Malad. par Duclaux, стр. 47). Я не удивлюсь поэтому, если не нынче-завтра будетъ сообщено въ медицинской литературѣ, что найдено средство, которое въ незначительныхъ дозахъ излѣчиваетъ чахотку: путемъ ли ингаляціи или внутренняго пріема—это безразлично. Дѣло только въ томъ, что безустанное изученіе, какъ клиническаго лѣченія чахотки, такъ и свойствъ чахоточнаго микроба, въ концѣ концовъ

обезпечитъ намъ настоящую, а не фиктивную только побѣду надъ чахоткой.

Въ заключеніе позвольте мнѣ сказать нѣсколько словъ объ аппаратѣ проф. Кремянскаго; аппаратъ этотъ можетъ быть очень пригоднымъ при лѣченіи различныхъ болѣзней дыхательныхъ путей, какъ-то: гангрены легкихъ, bronchitidis putridae, при кавернахъ съ зловоннымъ содержимымъ, при хроническомъ катаррѣ бронховъ, словомъ, тамъ, гдѣ приходится вводить эфирныя или летучія вещества; но, какъ я уже вамъ сказалъ, онъ не можетъ служить пульверизаторомъ.

Примѣчаніе. Чтобы показать, что и аппаратъ проф. Кремянскаго не представляетъ собою ничего новаго, я позволю себѣ привести слѣдующее мѣсто изъ руководства Штрюмпеля (русск. перев., т. I, стр. 283), вышедшаго въ оригиналѣ въ 1883 г., т. е. гораздо раньше книги проф. Кремянскаго:

„При сильной секреціи рекомендуются вдыханія терпентиннаго масла, что удобно и цѣлесообразно можно выполнять при помощи, такъ называемой, терпентинной трубки. Послѣдняя состоитъ изъ бутылки, въ которую наливаютъ воды на нѣсколько дюймовъ высоты и сверхъ ея слой терпентиннаго масла толщиною около 2 снтм. Сквозь пробку бутылки проводятъ двѣ съ обоихъ концовъ открытыя стеклянныя трубки. Прямая трубка проникаетъ въ слой воды, другая оканчивается свободно въ воздушномъ пространствѣ бутылки. Наружный конецъ послѣдней загнутъ угломъ и представляетъ мундштукъ трубки, который больной беретъ себѣ въ ротъ и дышетъ такимъ образомъ воздухомъ, наполненнымъ парами терпентина“.

Водянка мозговыхъ желудочковъ и опухоль мозжечка.

Мм. Гг. Вчера вы присутствовали при секціи одного изъ нашихъ стаціонарныхъ клиническихъ паціентовъ. Смерть наступила у него довольно быстро съ относительно непродолжительной агоніей. Утромъ появился у больного обычный приступъ головной боли со рвотой, повторявшейся до 10 разъ, которая, однако, не облегчала головной боли; послѣдняя, напротивъ, усиливаясь все больше и больше, перешла къ вечеру въ полукоматозное состояніе, въ которомъ больной и умеръ. Съ діагнозомъ „*hydrocephalus internus*" трупъ отправленъ для вскрытія въ патолого-анатомическій институтъ. Клиническій діагнозъ на анатомическомъ столѣ вполнѣ подтвердился, но, рядомъ съ этимъ, найдена опухоль въ лѣвой долѣ мозжечка (glioma). Это послѣднее обстоятельство придаетъ нашему случаю особенный интересъ, и поэтому нынѣшнюю нашу бесѣду я намѣренъ посвятить подробному эпикритическому разбору занимающаго насъ случая.

Приведу въ краткихъ, но существенныхъ чертахъ ходъ его болѣзни. Паціентъ—еврей, 14 лѣтъ, родился отъ здоровыхъ родителей и самъ былъ здоровъ до 10-лѣтняго возраста. На 10 году жизни появилась у нашего больного эпилепсія, вслѣдствіе, какъ онъ говоритъ, испуга. Приступы эпилепсіи появлялись рѣдко, черезъ 1 мѣсяцъ, черезъ 2 и 3 и къ концу года безвозвратно прекратились. Но черезъ полтора года стали появляться у нашего больного пароксизмы головной боли, сначала недѣли черезъ двѣ, а затѣмъ все чаще и чаще, ожесточаясь съ каждымъ новымъ приступомъ. *Боль начиналась со лба и распространялась на всю голову*; постояннымъ ея спутникомъ была *рвота*, появлявшаяся особенно легко при движеніи головою и перемѣнѣ положенія изъ горизонтальнаго въ вертикальное. Больной разсказываетъ, что было съ нимъ такое состояніе, когда *головная боль и рвота*, доходящая *до 15 разъ* въ сутки, по 4—5 дней не оставляли его; въ то же время

у него появлялся и бредъ. Такое тяжелое состоянiе длилось около 2-хъ мѣсяцевъ; во все это время пацiентъ оставался въ постели и страдалъ *запорами*. По истеченiи 2-хъ мѣсяцевъ больной оправился послѣ лѣченiя, но вскорѣ сталъ замѣчать прогрессивное *ослабленiе* зрѣнiя. Это послѣднее обстоятельство и заставило его обратиться въ харьковскую офтальмологическую клинику. Здѣсь проф. Гиршманъ констатировалъ у больного застойную гиперэмiю papillae n. optici et neuritis optica, болѣе выраженную въ правомъ, нежели въ лѣвомъ глазу. Эти данныя указывали безспорно на страданiе центральное. Поэтому больной и отправленъ былъ въ нашу клинику. Предпринятое нами изслѣдованiе показало слѣдующее:

1) *Кожная и мышечная чувствительность сохранены у больного вполнѣ.*

2) *Въ сферѣ движенiя никакихъ параличей или даже парезовъ ни въ области черепно-мозговыхъ, ни въ области спинно-мозговыхъ нервовъ не замѣчается. Но походка больного шатка, больной какъ бы переплетаетъ на ходу ногами.* Этого не замѣчается, если заставить больного попеременно то ту, то другую ногу поднимать и опускать *въ кровати*. Откидыванiе головы назадъ, или быстрое наклоненiе ея впередъ *вызываетъ* у больного *головокруженiе* и *дурноту*. Зрѣнiе, какъ было упомянуто уже, у нашего больного пострадало значительно. Умственныя способности сохранились, хотя память, по словамъ пацiента, въ послѣднее время стала слабѣть. Бреда и галлюцинацiй теперь не замѣчается даже во время пароксизмовъ головной боли.

3) Грудные и брюшные органы нормальны; моча въ достаточномъ количествѣ, бѣлка и сахара не содержитъ. Температура больного все время $37{,}4^0$ Ц.; пульсъ среднимъ числомъ 86 въ минуту.

И такъ, головная боль со рвотой, данныя офтальмоскопа и разстройства движенiя должны составлять краеугольный камень дiагностики нашего случая. Но вамъ извѣстно, что головная боль есть симптомъ, наичаще встрѣчающiйся въ клиникѣ. Ее мы наблюдаемъ какъ въ болѣзняхъ острыхъ-лихорадочныхъ, такъ въ хроническихъ-кахектическихъ, такъ и при нѣкоторыхъ интоксикацiяхъ. Кромѣ того, она является выдающимся симптомомъ при многихъ нервныхъ страданiяхъ.

Если, Мм. Гг., клиницисту приходится строить дiагнозъ болѣзни на симптомѣ, свойственномъ многимъ страданiямъ, то онъ обязанъ подвергнуть этотъ симптомъ такой аналитической обработкѣ,

которая устранила бы всякую возможность давать ему произвольное толкованіе; или же онъ обязанъ разсматривать его въ связи съ другими симптомами, отъ которыхъ онъ заимствовалъ бы свою доказательную силу. Мы постараемся, при разборѣ нашего случая, удовлетворить обоимъ этимъ условіямъ.

Позволимъ себѣ выдѣлить изъ нашей бесѣды болѣзни острыя; о нихъ въ нашемъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи. Что касается болѣзней хроническихъ, поселяющихъ въ организмѣ извѣстный діатезъ, то на первомъ планѣ мы должны остановиться на сифилисѣ. Головныя боли, наступающія пароксизмами и отличающіяся особенною жестокостію, составляютъ довольно частое явленіе при сифилисѣ. Чаще онѣ наблюдаются въ отдаленные періоды зараженія; однако, мнѣ приходилось наблюдать ихъ и въ свѣжихъ случаяхъ инфекціи—въ началѣ такъ называемыхъ вторичныхъ припадковъ. И здѣсь головныя боли настолько были жестоки, что доводили паціента буквально до отчаянія. Послѣ сказаннаго вы не станете удивляться тому, что первымъ движеніемъ нашимъ было тщательное изслѣдованіе нашего больного въ направленіи люэтической инфекціи. Не только самъ больной, но и отецъ его былъ подвергнутъ обстоятельному изслѣдованію, но результаты получились отрицательные.

Существуетъ и другая болѣзнь, тоже связанная съ извѣстнымъ діатезомъ, при которой приступы головной боли составляютъ, если не господствующее, то и не второстепенное явленіе; я говорю о cirrhosis renum genuina. Въ нашемъ клиническомъ архивѣ имѣются скорбные листы нѣсколькихъ образцовыхъ случаевъ этого рода болѣзни. Въ нихъ вы можете видѣть нѣкоторую аналогію въ клиническомъ отношеніи съ нашимъ настоящимъ случаемъ; во всѣхъ нихъ замѣчалась *сильная головная боль и ослабленіе зрѣнія*. Но болѣе близкій анализъ разсѣеваетъ этотъ признакъ аналогіи. При циррозѣ почекъ имѣется всегда *гипертрофія лѣваго сердца*, *измѣненіе артерій*, *полиурія съ характернымъ измѣненіемъ мочи* (присутствіемъ бѣлка и морфологическихъ элементовъ), да и измѣненіе глазного дна отлично отъ имѣющагося въ нашемъ случаѣ. Тамъ retinitis albuminurica, здѣсь neuritis optica. На измѣненіе сосудистой системы, количества и качества мочи въ нашемъ случаѣ нѣтъ даже намёка. И такъ, и эта форма болѣзни не подходитъ къ нашему случаю. Едва-ли нужно говорить здѣсь о cephalalgia saturnina. Отсутствіе въ анализѣ этіологическаго момента для этого страданія избавляетъ насъ отъ этой необходиости.

Мы позволимъ себѣ остановиться нѣсколько дольше на цефалальгіяхъ, при которыхъ sedes morbi суть нервные центры. Здѣсь нужно отличать двѣ категоріи случаевъ. Въ одной—cephalalgia имѣетъ чисто функціональный характеръ, безъ всякаго анатомическаго субстрата; въ другой—она составляетъ выраженіе важныхъ заболѣваній мозга, какъ-то: *энцефалита, менингита и мозговыхъ* опухолей и проч. Къ первой относятся мигрень и cephalalgia hysterica. Обѣ эти болѣзни очень близко подходятъ къ нашему случаю—и при нихъ головная боль появляется пароксизмами и сопровождается рвотой. Но эти приступы непродолжительны, а офтальмоскопъ не открываетъ при нихъ въ глазу никакихъ измѣненій; внѣ приступа больные находятся въ полномъ здоровьѣ.—Что касается второй категоріи случаевъ, то при нихъ обыкновенно наблюдаются симптомы фокуснаго страданія, напримѣръ, параличи, контрактуры, анэстезіи и даже эпилептическіе приступы. Всего этого въ нашемъ случаѣ недостаетъ.

Два года назадъ нами публиковано было нѣсколько наблюденій хроническаго заболѣванія эпендимы мозговыхъ желудочковъ съ обильнымъ накопленіемъ въ нихъ жидкости [1]) (ependymitis cum hydrocephalia interna). Клиническое теченіе этихъ случаевъ тождественно до поразительности съ разбираемымъ нами. Тамъ, какъ и здѣсь, сильная головная боль появлялась приступами болѣе или менѣе продолжительными, со рвотой, усиливающейся отъ всякаго движенія головы и даже глазъ. Тамъ, какъ и здѣсь, офтальмоскопъ открывалъ стазическую гиперэмію зрительнаго соска. Вся болѣзнь также точно протекала *безлихорадочно.* Въ одномъ только прежніе случаи не гармонируютъ съ настоящимъ, именно въ нихъ виновникомъ заболѣванія былъ сифилисъ, здѣсь же констатировать lues намъ не удалось. Но это не могло стать серіознымъ препятствіемъ для діагноза въ данномъ случаѣ ependymitis chronic. cum hydroceph. interna. Мы и остановились на этомъ діагнозѣ. Соотвѣтственно ему назначены были нашему больному іодо-бромистые препараты, съ цѣлью противувоспалительною, и мушки на затылокъ, какъ отвлекающее. Подъ вліяніемъ такого лѣченія больному видимо стало *лучше;* головныя боли и дурноты исчезли и *самая походка сдѣлалась тверже и правильнѣе.* Такой успѣхъ терапіи еще болѣе утвердилъ насъ въ нашемъ діагнозѣ, и, повидимому, говорилъ противъ новообразованія въ мозгу. Но внезапно появив-

---

[1]) „Мед. Вѣстн.", 1880, № 1—2.

шійся пароксизмъ головной боли со рвотой и почти коматознымъ состояніемъ привелъ больного къ летальному исходу.

Вотъ вкратцѣ данныя вскрытія. Кости черепа истончены, темянные бугры рѣзко выдаются, внутренняя пластинка кости, соотвѣтствующая имъ, шероховата и узурирована, diploë богата сосудами. Dura mater плотно соединена съ костями свода, сильно напряжена; при ея разрѣзѣ мозговыя полушарія выпячиваются, отчего она на краю разрѣза заворачивается въ складку. Pia mater тонка и венозно гиперемирована. Извилины мозга приплюснуты. Правое полушаріе въ темяной долѣ объемистѣе лѣваго. Corpus callosum напряжено и дугообразно изогнуто. *Оба боковые желудочка сильно растянуты серозною жидкостью.* Лѣвый — равномѣрно, задніи его рогъ имѣетъ стѣнку въ $^1/_2$ дюйма толщиною; правый—неравномѣрно, толщина стѣнки въ заднемъ его рогѣ равняется дюйму. Ependyma желудочковъ прозрачна, сильно уплотнена съ разсѣянными развѣтвленіями сосудовъ. Septum pellucidum *растянуто серозною жидкостью.* Ткань мозга уплотнена, мѣстами плотность эта почти склеротическая. Мозжечекъ представляетъ неравныя по величинѣ полушарія. *Лѣвое значительно увеличено*, на ощупь плотно, *въ задней его части ощупывается узелъ величиною въ каштанъ. При разрѣзѣ это полушаріе представляется кистовидно расширеннымъ и наполненнымъ серозною жидкостью.* Стѣнки этой кисты гладки, *въ заднемъ ея сводѣ находится опухоль величиною въ голубиное яйцо.* При гистологическомъ изслѣдованіи она оказалась *гліомой.* Pons Varolli et medulla oblongata уплотнены. *Четвертый желудочекъ тоже наполненъ серозною жидкостью*, его ependyma утолщена и студениста на видъ. Остальные органы измѣненія не представляютъ.

И такъ, кромѣ *діагносцированной водянки* мозговыхъ желудочковъ, аутопсія обнаружила присутствіе довольно рѣдкой опухоли въ мозжечкѣ. Займемся теперь этой случайной находкой.

Страданія мозжечка имѣютъ свою довольно обширную литературу. Различныя измѣненія этого органа, находимыя при вскрытіяхъ, какъ-то: апоплексія, атрофія, кисты, новообразованія и т. д., сопоставлялись съ прижизненными явленіями и заносились въ медицинскія лѣтописи. Бернгардтъ въ своей работѣ „Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste“ собралъ 90 случаевъ опухолей мозжечка. Въ особой таблицѣ представилъ онъ патологическія измѣненія и наблюдавшіяся при жизни явленія для каждаго изъ 90 случаевъ. Но, подводя итоги симптоматологіи

всѣхъ приведенныхъ случаевъ, клиницистъ долженъ отказаться отъ надежды *точно* діагносцировать страданія мозжечка: такъ разнообразны наблюдавшіеся при нихъ припадки. Отмѣчены тутъ *гемиплегіи, параплегіи, затрудненіе глотанія и рѣчи, косоглазіе, шаткая походка, нарушенная координація движенія, эпилептоидные приступы, боль головы въ затылочной части, по преимуществу tic douloureux*, дурноты, рвота, слѣпота и т. д. Имѣются въ литературѣ случаи страданія мозжечка, протекшіе *безъ всякихъ симптомовъ.* Такое разнообразіе прижизненныхъ явленій у людей, одержимыхъ болѣзнью мозжечка, зависитъ: 1) отъ мѣста, занимаемаго въ немъ патологическимъ процессомъ, и 2) отъ вліянія этого процесса на сосѣдніе органы (Fernwirkung). Если исключить послѣднее обстоятельство, то на долю страданія мозжечка приходятся слѣдующіе болѣе постоянные припадки: *боль, локализирующаяся преимущественно въ затылочной части головы, рвота и головокруженіе, пораженіе зрѣнія, инкоординація движенія и шаткая походка.* Послѣдній симптомъ достигаетъ иногда высокой степени и *напоминаетъ походку пьяныхъ.* Нотнагель разсказываетъ объ одномъ изъ своихъ паціентовъ, имѣющемъ страданіе cerebelli, который изъ-за своей походки не разъ былъ арестуемъ полиціей въ *качествѣ пьянаго.*

Вы помните, Мм. Гг., что и нашъ больной представлялъ изложенные выше симптомы, хотя и не въ большомъ масштабѣ. Почему же мы постѣснились діагносцировать у него страданіе мозжечка? Можно-ли упрекнуть насъ въ недостаточномъ вниманіи къ этимъ кардинальнымъ припадкамъ мозжечковыхъ страданій?

Въ отвѣтъ на это мы займемся рѣшеніемъ другого вопроса, именно: изложенные выше припадки наблюдаются ли *только при страданіи мозжечка*, составляя signa pathognomonica этого рода страданія, или же они встрѣчаются и при *заболѣваніи другихъ частей мозга?* Гризингеръ въ статьѣ Haematoma der dura Mater [1]) приводитъ нѣсколько случаевъ хроническаго пахименингита, при которыхъ въ числѣ припадковъ наблюдались *головная боль и шаткая, какъ у пьяныхъ, походка.* Мы въ своей клиникѣ также наблюдали случай хроническаго менингита у одного врача, гдѣ головная боль и *шаткая походка* были главными симптомами [2]). Въ описанныхъ нами случаяхъ сифилитическаго эпендимита съ силь-

---

[1]) Wilh. Griesinger, Gesamm. Abbandlung. 1 Band. Berlin 1879.

[2]) Вѣрность діагноза этого случая подтверждена.

нымъ накопленіемъ жидкости во всѣхъ желудочкахъ мозга, головная *боль со рвотой, головокруженіе, Stauungspapille* и *шаткая походка* составляли существенный симптомокомплексъ болѣзни [1]).

Изъ этихъ фактовъ вытекаетъ само собою положеніе, что діагносцировать страданіе cerebelli на основаніи симптомовъ, встрѣчающихся и при другихъ заболѣваніяхъ центральной нервной системы, нельзя. Только имѣя предъ собою упомянутый комплексъ симптомовъ въ особенно счастливомъ сочетаніи, т. е. когда головная боль гнѣздится *только въ затылочной части*, когда *разстройство координаціи*, именно *шаткая походка* и *головокруженіе*, достигаютъ *крайней степени*, а вмѣстѣ съ тѣмъ въ наличности имѣется и разстройство зрѣнія, клиницистъ можетъ съ извѣстною долею права діагносцировать страданіе cerebelli, не забывая при этомъ и того вліянія, какое могутъ имѣть на этотъ органъ заболѣванія сосѣднихъ частей (Fernwirkung). Каждый, послѣ сказаннаго, пойметъ, почему мы не діагнисцировали въ нашемъ случаѣ опухоли мозжечка. На такую діагностику насъ не уполномочивало никакое научное право.

Нашу бесѣду слѣдовало бы заключить разъясненіемъ связи между glioma cerebelli и водянкою мозговыхъ желудочковъ, наблюдавшимися въ нашемъ случаѣ совмѣстно, но для такого разъясненія недостаетъ точныхъ патологоанатомическихъ изслѣдованій, въ виду чего и рѣшеніе этого вопроса принадлежитъ будущему.

---

[1]) Loco citato.

Syphilis hereditaria tarda.

Мм. Гг. Ровно мѣсяцъ назадъ въ клинику нашу принята была больная дѣвица, еврейка 18 лѣтъ, съ полною потерею зрѣнія въ правомъ и сильнымъ ослабленіемъ его въ лѣвомъ глазу. Кромѣ страданія глазъ, не относящагося собственно къ нашей клиникѣ, больная жаловалась на жестокія головныя боли и боли въ костяхъ рукъ, ногъ и лица, безпокоющія ее по ночамъ. Ради этихъ-то болей она обратилась за помощью къ намъ. На слѣдующій-же день мы приступили къ клиническому разбору нашего случая; полученныя при этомъ данныя, какъ вы помните, состояли въ слѣдующемъ.

Ростъ больной средній, тѣлосложеніе умѣренное, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Костная и мышечная системы развиты правильно. На кожѣ никакой сыпи не замѣчается, но на шеѣ слѣва, приблизительно на одинъ дюймъ ниже ушной сережки, замѣчается клиновидный рубецъ, основаніемъ обращенный вверхъ, величиною около 2 сантиметровъ; ниже его, сантиметра на 3, замѣчается тоже рубецъ, нѣсколько меньше перваго, овальной формы. Кромѣ этихъ двухъ рубцовъ, находится еще круглый, въ полтора сантиметра, рубецъ по срединѣ вѣтви нижней челюсти; такой-же точно рубецъ замѣчается на соотвѣтственномъ мѣстѣ нижней челюсти и съ правой стороны. Оба послѣдніе плотно сращены съ костью, сама-же кость подъ ними представляется неровною, слегка бугристою. Всѣ описанные рубцы значительно пигментированы и необыкновенно тонки (атрофическіе). На остальной части тѣла поврежденій не замѣчается, кромѣ заволоки на затылкѣ, продѣтой въ глазной клиникѣ. Въ полости рта ни язвъ, ни рубцовъ не видно, но язычекъ сращенъ съ небной дужкой отъ своего основанія до средины. Лимфатическія железы шеи и подчелюстныя гипертрофированы, равно какъ и локтевыя. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ обнаружило совершенно нормальное ихъ состояніе, перкуторный тонъ вездѣ ясный, границы сердца нормальны, аускультація никакихъ ненормальностей не открываетъ. Печень начи-

нается съ 7-го ребра и не выходитъ изъ-подъ дуги ложныхъ реберъ, селезенка не увеличена, аппетитъ у больной хорошъ, кишечныя отправленія правильны. Самое тщательное изслѣдованіе чувствительности и движенія не показало отклоненій отъ нормы. Моча блѣдно-желтаго цвѣта; суточное количество ея 1000 куб. сант., уд. вѣсъ 1,015, реакція слабо кислая; ненормальныхъ составныхъ частей въ ней не содержится. Изслѣдованіе полового аппарата показало, что паціентка наша—puella intacta. Субъективно больная жалуется на упомянутыя уже боли и потерю зрѣнія; послѣднее обстоятельство зависитъ, по свѣдѣніямъ, полученнымъ изъ офтальмологической клиники, отъ neuritis optica и начинающейся атрофіи зрительнаго нерва.

До 14-лѣтняго возраста больная наша была здорова; на 12 году у нея появилась на шеѣ съ лѣвой стороны опухоль, вначалѣ твердая, слегка болящая, потомъ постепенно размягчившаяся и, послѣ самопроизвольнаго вскрытія, превратившаяся въ язву; ниже ея образовалась такая-же опухоль и съ такимъ-же исходомъ. Вскорѣ процессъ появился на нижней челюсти, почти одновременно на правой и лѣвой сторонѣ, при чемъ онъ коснулся самой кости, такъ какъ изъ язвы выдѣлялись костныя пластинки. Послѣднія язвы были особенно упорны и уступили только продолжительному лѣченію. Въ настоящее время на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ язвамъ, находятся упомянутые уже рубцы. По излѣченіи описанныхъ страданій, больная до 17 лѣтъ пользовалась совершеннымъ здоровьемъ, на 17 году получила въ первый разъ регулы, которыя вскорѣ закрылись на цѣлый годъ и возвратились только 3 недѣли назадъ. Мѣсяца за три до поступленія въ нашу клинику больная стала замѣчать ослабленіе зрѣнія, наконецъ правый глазъ совершенно ослѣпъ, а на слѣдующій день и лѣвый. Больная обратилась въ офтальмологическую клинику, гдѣ удалось возвратить слабое зрѣніе въ лѣвомъ глазу, но дальше дѣло не подвинулось. Между тѣмъ ночныя боли въ костяхъ усилились до высокой степени и принудили больную обратиться за помощію къ намъ. Отецъ больной, ея братья и сестры здоровы, у матери-же было *страданіе носовыхъ костей*, отчего у нея провалился носъ, и до сихъ поръ *она страдаетъ ночными болями въ костяхъ*. Эти анамнестическія показанія подтвердилъ и отецъ нашей больной.

Таковы факты, добытые нами при клиническомъ изслѣдованіи даннаго случая. Выступающими симптомами были потеря зрѣнія и подозрительныя ночныя боли въ костяхъ. Въ анамнезѣ больной

имѣются факты, проливающіе много свѣта на это состояніе нашей паціентки и дающіе ключъ къ правильному пониманію его. Какъ вы помните, на 12 году жизни у нашей больной стали появляться затвердѣнія съ послѣдующимъ размягченіемъ и образованіемъ открытыхъ язвъ. Затвердѣнія эти имѣли, такъ сказать, прыгающій характеръ, сначала появились на шеѣ, потомъ и на нижней челюсти и, *что чрезвычайно важно, на симметрическихъ мѣстахъ.* Размягчившись, они не ограничивались разрушеніемъ мягкихъ частей, но задѣли и самую кость. По своемъ заживленіи, язвы эти оставили послѣ себя характерные *атрофическіе* рубцы. Все это сильно говоритъ за ихъ сифилитическую натуру. А если вспомнимъ, что мать паціентки нашей страдала каріознымъ процессомъ носовыхъ костей, любимаго мѣста сифилитическихъ пораженій, то предположеніе о существованіи сифилиса у нашей паціентки становится неотразимымъ. На основаніи этомъ и была діагносцирована у ней syphilis hereditaria. Больная подвергнута строгому антисифилитическому лѣченію, въ формѣ меркуріальныхъ втираній снаружи и употребленія kalii jodati внутрь (traitement mixte). Эффектъ такого лѣченія превзошелъ наши ожиданія. Здоровье больной улучшалось день ото дня, ночныя боли ослабѣвали, зрѣніе прояснилось, и вотъ, по истеченіи мѣсяца, вы видите нашу паціентку совершенно здоровою, ея зрѣніе возстановилось вполнѣ, ночныя боли исчезли безслѣдно, и больная получила здоровый, цвѣтущій видъ. Успѣхъ терапіи блистательный, онъ-же блистательно подтвердилъ наше предположеніе, что виновникомъ всѣхъ страданій больной есть унаслѣдованный ею сифилитическій діатезъ.

Сомнѣваться въ этомъ невозможно, но нашъ случай представляетъ нѣкоторыя особенности, которыя, хотя и не могутъ поколебать убѣжденія въ сущности болѣзни нашей паціентки, но могутъ заронить въ душу нѣкоторое сомнѣніе па счетъ источника происхожденія этой болѣзни. Вы помните, что больная наша родилась на свѣтъ здоровою и продолжала быть таковою до 12 года жизни. На 12 году у ней въ первый разъ появились сифилитическія пораженія, о которыхъ говорилось выше, и, что *въ высшей степени важно, въ формѣ гуммозныхъ опухолей,* т. е. *въ формѣ такъ называемыхъ третичныхъ пораженій,* минуя тѣ періоды сифилиса, которые называютъ первичными и вторичными припадками. Эти-то особенности заставляютъ меня изложить передъ вами все, что извѣстно о позднемъ проявленіи наслѣдственнаго сифилиса, о такъ назыв. syphilis hereditaria tarda.

Было время, когда не вѣрили въ возможность наслѣдственной передачи сифилиса. Это было время господства Гёнтеровской теоріи, по которой только первичная сифилитическая язва (ulcus primarium) обладаетъ заразительностью, вторичный-же сифилисъ этого свойства вовсе не имѣетъ. Но точныя клиническія и патологическія изслѣдованія разсѣяли это фантастическое представленіе о сифилисѣ, и передача его путемъ наслѣдственности поставлена въ настоящее время внѣ всякаго сомнѣнія. Доказано съ положительностью: a) что отецъ, страдающій даже скрытнымъ сифилисомъ, передаетъ его плоду, заражая въ то же время и мать; b) что мать иногда остается совершенно здоровой, иногда-же черезъ повторную беременность инфицируется и она (choc de retour). Въ большинствѣ случаевъ пораженныя сифилосомъ дѣти погибаютъ въ утробѣ матери, вслѣдствіе чего появляются частые выкидыши, или-же они погибаютъ вскорѣ по рожденіи на свѣтъ. Если-же они рождаются способными къ болѣе продолжительной жизни, *то сифилитическіе припадки развиваются у нихъ въ теченіе первыхъ шести мѣсяцевъ жизни.* Какъ отецъ, такъ и мать одинаково могутъ передать дѣтямъ это печальное наслѣдство.

Выводы эти, основанные на строгихъ клиническихъ и патологоанатомическихъ наблюденіяхъ, казалось, составляли рѣшительное и заключительное слово науки въ вопросѣ о наслѣдственности сифилиса. Но съ теченіемъ времени стали накопляться въ литературѣ наблюденія, говорящія, повидимому, за то, что унаслѣдованный сифилисъ можетъ проявляться и въ болѣе зрѣломъ возрастѣ. Масса [1]) приводитъ примѣръ троихъ дѣтей, у которыхъ сифилитическіе симптомы появились между тремя и одинадцатью годами. Столль [2]) разсказываетъ о двухъ сестрахъ десяти и одинадцати лѣтъ, у которыхъ замѣчались экзостозы и періоститы, уступившіе специфическому лѣченію. Казнавъ цитируетъ случай двухъ дѣвицъ одинадцати и восемнадцати лѣтъ, страдавшихъ туберкулезнымъ и серпигинознымъ сифилидомъ; открыть у нихъ слѣды пріобрѣтеннаго сифилиса было невозможно. Труссо [3]) наблюдалъ одного больного, начиная съ семи до двадцатилѣтняго его возраста; у этого больного замѣчались ночныя боли въ костяхъ въ теченіе долгаго времени, а на двадцатомъ году появились экзостозы и язвы въ глоткѣ; припадки эти исчезли подъ вліяніемъ

[1]) Aphrodisiacus, т. I, стр. 42.
[2]) Ratio medendi, часть III, стр. 232 и 233.
[3]) Gazette des hôpitaux, 1875, стр. 497.

антисифилитическаго лѣченія. Вѣнскій профессоръ Зигмундъ [1]) опубликовалъ четыре случая поздняго наслѣдственнаго сифилиса, обнаруживавшагося пораженіемъ костей, хрящей и туберкулезными образованіями въ подкожной клѣтчаткѣ. Рикоръ наблюдалъ у двухъ родныхъ братьевъ такое пораженіе твердаго и мягкаго нёба, какое обыкновенно свойственно сифилису; оба эти лица— довольно пожилыя (одному изъ нихъ было 49, другому 44 года)— никогда не имѣли пріобрѣтеннаго сифилиса. Сюда-же относятся случаи Гоффманна[2]), Сперино[3]), Баллинга[4]) и другихъ. На основаніи этихъ наблюденій, въ числѣ которыхъ имѣются наблюденія такихъ компетентныхъ лицъ, какъ Казнавъ, Труссо, Зигмундъ и Рикоръ, возникло въ наукѣ ученіе о позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ (syphilis hereditaria tarda). Работа Гёчинсона объ особенномъ заболѣваніи corneae у дѣтей, происходящихъ отъ родителей, нѣкогда страдавшихъ сифилисомъ, дали твердую точку опоры этому ученію.

Но, несмотря на это, оно до сихъ поръ еще не заняло того почетнаго мѣста въ сифилидологіи, какого оно заслуживаетъ по своей громадной теоретической и практической важности. Противъ описанныхъ выше наблюденій подняты были возраженія, много повредившія ихъ научному кредиту. Главнѣйшее возраженіе состояло въ томъ, что въ описываемыхъ случаяхъ ни слова не говорится о состояніи здоровья родителей приводимыхъ больныхъ, что самые процессы патологическіе у этихъ больныхъ еще не говорятъ *несомнѣнно* за сифилисъ: страданія костей и зѣва могутъ зависѣть и отъ другихъ причинъ. Но если это и былъ несомнѣнно сифилисъ, то гдѣ доказательство его наслѣдственности? Такіеже строгіе критическіе пріемы приложены Беренспрунгомъ и къ труду Гёчинсона.

Нашей клиникѣ посчастливилось опубликованіемъ двухъ случаевъ, наблюдавшихся въ 1873 году, удовлетворить требованіямъ критики и упрочить ученію о позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ то мѣсто въ наукѣ, которое такъ долго оспаривалось у него.

---

[1]) Zeitschr. der Gesellsch. wien. Aerzte, 1858, № 5.

[2]) Naturae curiosorum ephemerid., centuria 1 et 2, Francfurti et Lipsiae, 1717, наблюд. 136, стр. 272.

[3]) La syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique etc. Paris, 1856 (переводъ съ итальянскаго).

[4]) Ueber angeborene und erbliche Syphilis, стр. 129.

Первый изъ этихъ случаевъ относится къ 23-лѣтней дѣвушкѣ, крайне истощенной, на видъ кахектической и до того задержанной въ развитіи организма, что она дѣлала впечатлѣніе субъекта двѣнадцати лѣтъ. Поверхность кожи не представляла никакихъ слѣдовъ сыпи или поврежденій, равно и видимыя слизистыя оболочки. Грудные органы также были безъ особенныхъ поврежденій. Но за то печень и селезенка представляли *значительное увеличеніе, оба органа оказывались при ощупываніи твердыми и гладкими*, слегка болящими. Моча больной содержала бѣлокъ и гіалиновые цилиндры въ незначительномъ количествѣ. Изслѣдованіе крови увеличенія бѣлыхъ шариковъ не показало. Температура тѣла была нормальна. Больная никогда не пользовалась хорошимъ здоровьемъ, хотя никакими болѣзнями не страдала. Родители ея давно умерли, но она помнитъ, что отецъ ея страдалъ *язвами на ногахъ.* На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ, открытыхъ изслѣдованіемъ больной, казался самымъ вѣроятнымъ діагнозъ амилоиднаго перерожденія печени, селезенки и почекъ, развившагося на сифилитической почвѣ; но вскорѣ обнаружились на печени затвердѣнія, слегка бугристыя и болящія, которыя послѣ непродолжительнаго существованія исчезли, при чемъ сама печень стала быстро атрофироваться. На этомъ основаніи поставленъ діагнозъ syphilis visceralis, и притомъ *hereditaria tarda.* Больная умерла въ явленіяхъ полнаго маразма. Вскрытіе показало, что прижизненный діагнозъ былъ вѣренъ. *Въ трупѣ найдено сплошное приращеніе печени къ діафрагмѣ. Сама печень представлялась дольчатой* (hepar lobosum). Въ одной изъ долекъ *найдена свѣжая гуммозная опухоль;* почки и селезенка найдены *амилоидно перерожденными.* Матка въ рудиментарномъ состояніи.

Слѣдующій случай наблюдался на 13-лѣтнемъ мальчикѣ, крайне слабомъ, истощенномъ, кахектическаго вида. Съ самаго дѣтства больной былъ постоянно хворымъ, но никакими особенными болѣзнями не страдалъ, сыпи на тѣлѣ, язвъ или страданія костей у него не замѣчалось. На 13 году состояніе его здоровья стало ухудшаться; больной блѣднѣлъ, худѣлъ, становился съ каждымъ днемъ слабѣе, на ногахъ стали показываться легкіе отёки. Самъ больной началъ жаловаться на давящую боль въ обоихъ подреберьяхъ, тошноту и поносъ. Въ этомъ жалкомъ состояніи онъ доставленъ былъ въ клинику. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ ненормальности ихъ не обнаружило, *но печень была сильно увеличена, покрыта бугристыми, болящими опухолями*, изъ которыхъ нѣкоторыя представляли яв-

ную флюктуацію, селезенка тоже увеличена. Моча блѣдная, содержитъ въ незначительномъ количествѣ бѣлокъ. По вечерамъ замѣчались лихорадочныя движенія. Мы, не колеблясь, поставили діагнозъ въ данномъ случаѣ: *syphilis hereditaria tarda.* Такой діагнозъ подкрѣплялся еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что отецъ нашего паціента при осмотрѣ представлялъ несомнѣнные слѣды сифилиса; около frenulum находился у него пигментированный, плотный рубецъ, на поверхности тѣла находились тоже звѣздчатые рубцы. Кромѣ того, онъ жаловался на ломоту въ костяхъ по ночамъ.— Больной, пробывъ въ клиникѣ около мѣсяца, умеръ отъ остраго плеврита.

Аутопсія подтвердила вполнѣ вѣрность нашего діагноза. *Печень сращена была съ діафрагмой, желудкомъ и ободочной кишкой и настолько измѣнена, что ее можно демонстрировать какъ образецъ сифилитической печени. Кромѣ дольчатости, она выполнена была гуммозными узлами,* изъ которыхъ многіе находились уже въ состояніи размягченія. *Селезенка и почки давали ясную реакцію на амилоидъ.*

Интересно было знать, какъ функціонировала уцѣлѣвшая отъ пораженія ткань печени? Для этой цѣли въ обоихъ случаяхъ брались кусочки здоровой, повидимому, ткани, изрѣзывались мелко, промывались отъ крови, наливались 80% спиртомъ и ставились въ тепломъ мѣстѣ, затѣмъ нагрѣвались до кипяченія и жидкость отфильтровывалась. Фильтратъ выпаривался до-суха, растворялся въ горячемъ 90% спиртѣ, снова фильтровался и къ этому фильтрату прибавлялся свѣже изготовленный спиртной растворъ ѣдкаго кали. Если подобной процедурѣ подвергнуть куски нормальной печени, то получается обильный хлопчатый осадокъ сахарата калія. Въ обоихъ нашихъ случаяхъ получалась только слабая муть, что говоритъ уже о сильно измѣненной функціи печени.

Послѣ того, какъ эти наблюденія появились уже въ печати („Мед. Вѣстн.", № 45—46, 1873 года), я былъ позванъ къ больной, 18-лѣтней воспитаницѣ одного изъ женскихъ заведеній, страдающей опухолями на костяхъ и язвами на обѣихъ голеняхъ. Больная долго пила рыбій жиръ, противузолотушный декоктъ, принимала соляныя ванны, но безъ всякой пользы. При осмотрѣ больной я нашелъ на ребрахъ гиперостозы въ видѣ опухолей, величиною въ грецкій орѣхъ; такія же костныя образованія находились на обѣихъ ключицахъ. Правая лучевая кость сильно утолщена. На обѣихъ голеняхъ, ниже колѣна сантиметровъ на 6,—

язвы, круглыя, съ грязнымъ, сальнымъ дномъ, довольно глубокія; въ правомъ колѣнномъ сочлененіи водянка. Шейныя лифматическія железы слегка гипертрофированы. Внутренніе органы найдены здоровыми. Больную мучатъ dolores osteocopi по ночамъ и боли въ правомъ колѣнѣ. До 12 лѣтъ она была здоровой, и, кромѣ кори и скарлатины, другихъ болѣзней не имѣла. Настоящею болѣзнію она начала страдать съ 12 года.

Вся картина болѣзни была слишкомъ характерна, чтобы можно было затрудняться въ діагнозѣ. Въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло несомнѣнно съ сифилисомъ, въ такъ называемой третичной его формѣ. Оставалось только открыть источникъ его, и это далось очень легко. По показаніямъ матери, отецъ нашей больной былъ завѣдомо сифилитикъ. Больной назначено противусифилитическое лѣченіе, и мнимая золотуха, сопротивлявшаяся противузолотушнымъ средствамъ, оставила больную подъ вліяніемъ сказаннаго лѣченія.

Въ моей домашней амбуляторной практикѣ удалось наблюдать также одинъ относящійся сюда случай. Это былъ молодой человѣкъ 19 лѣтъ, страдавшій періоститомъ на лѣвой голени, туберкулезнымъ сифилидомъ и гуммозными язвами въ зѣвѣ. Самъ больной никогда не имѣлъ пріобрѣтеннаго сифилиса, но его отецъ до женитьбы имѣлъ несчастье заразиться этой болѣзнію.

Если къ описаннымъ случаямъ прибавимъ и настоящій случай нашей еврейки, то будемъ имѣть пять наблюденій, въ которыхъ не только точно констатированъ сифилисъ, но и не менѣе положительно доказана наслѣдственность его. Послѣ этого едва-ли позволительно сомнѣніе на счетъ существованія поздняго наслѣдственнаго сифилиса. Сомнѣваться въ томъ—значитъ увлекаться незрѣлою, неосновательною теоріей въ ущербъ очевиднымъ фактамъ.

Теперь, по моему мнѣнію, выступаетъ на очередь другой, не менѣе важный вопросъ, который предстоитъ разрѣшить наукѣ, именно: какъ далеко въ нисходящее поколѣніе передается сифилисъ? подъ какою маскою является онъ у внуковъ и правнуковъ сифилитика?

Но позвольте мнѣ оставить на время этотъ вопросъ, чтобы сказать нѣсколько словъ объ одномъ обстоятельствѣ, которое я чуть не упустилъ изъ виду. Вамъ извѣстно, что инкубаціонный періодъ сифилиса точно опредѣленъ наукой; онъ продолжается отъ 3 до 5 недѣль. Можетъ быть, въ чьей нибудь душѣ мелькнетъ на этомъ основаніи возраженіе, какимъ же образомъ при syphilis hereditaria tarda протекаютъ цѣлые десятки лѣтъ, прежде чѣмъ обнаружится

захваченный по наслѣдству ядъ? Въ отвѣтъ на это я обращаю вниманіе Ваше на тотъ, по моему убѣжденію, крайне важный фактъ, что во всѣхъ описываемыхъ случаяхъ syph. hered. tardae болѣзнь наблюдалась въ формѣ третичнаго сифилиса; а извѣстно, что и при пріобрѣтенномъ сифилисѣ третичная форма отъ первичнаго зараженія отдѣляется промежутками иногда десятковъ лѣтъ. Поэтому и syphilis hered. tarda характеризуется не однимъ позднимъ своимъ проявленіемъ, *но еще и тѣмъ, что всегда является въ формѣ застарѣлаго сифилиса съ припадками такъ называемаго третичнаго сифилиса.*

Но возвратимся къ покинутому нами выше вопросу.

Литература не даетъ никакихъ данныхъ для его рѣшенія; старые врачи научнымъ инстинктомъ предугадывали безграничное распространеніе сифилиса, когда высказали такое правило: in omnibus morbis tenacibus suspicanda est lues venerea. Я тоже не имѣю въ своемъ распоряженіи нужнаго матеріала, чтобы дать на этотъ вопросъ рѣшительный отвѣтъ. Но считаю умѣстнымъ, именно здѣсь, изложить одинъ случай, который наблюдался мною два года назадъ въ нашей клиникѣ. Этотъ случай слѣдующій. Въ клинику поступила 13-лѣтняя дѣвочка съ параличемъ всѣхъ четырехъ конечностей, настолько сильнымъ, что она рѣшительно не въ состояніи была владѣть руками; въ ногахъ сохранилось слабое движеніе только до стопы; ни приподняться, ни сидѣть паціентка не была въ состояніи: голова судорожно притянута была на лѣвую сторону; паралича мочевого пузыря и сфинктера ani не было; жеваніе и глотаніе совершались правильно, равно и дыханіе. Чувствительность въ парализованныхъ членахъ слегка понижена. Электровозбудимость мышцъ сохранилась. Болѣзнь развилась постепенно, начавшись, безъ видимыхъ причинъ, болью въ шеѣ и задней части головы. Внутренніе органы найдены здоровыми, питаніе удовлетрворительно. Но *второй шейный позвонокъ представлялся опухшимъ, твердымъ, несомнѣнно въ состояніи гиперостоза и незначительно чувствительнымъ при давленіи*; онъ-то, очевидно, и былъ причиною паралича конечностей. Такое заболѣваніе позвонка безъ видимаго повода предполагаетъ прежде всего внутреннюю причину болѣзни, какой нибудь скрытый діатезъ. Въ молодыхъ лѣтахъ spondylitis наичаще обусловливается золотухой. Но эта spondylitis scrophulosa имѣетъ характеръ деструктивнаго воспаленія и выражается въ формѣ каріознаго процесса, продуктивное-же воспаленіе, являющееся въ видѣ гиперостозовъ, свой-

ственно болѣе сифилису. Но всѣ розыски, сдѣланные въ этомъ направленіи, не дали никакой поддержки для діагноза сифилиса. На тѣлѣ больной нигдѣ не найдено рубцовъ отъ заживншихъ изъявленій, а также періостистовъ или экзостозовъ на какой либо другой части скелета. Отецъ ея, человѣкъ довольно просвѣщенный, чтобы понять важность дѣлаемыхъ ему вопросовъ, утверждалъ, что онъ сифилисомъ никогда не страдалъ, но здоровья всегда былъ слабаго. Мать, совершенно здоровая женщина, сама кормила грудью нашу паціентку. Несмотря на отрицательныя данныя, я рѣшился испробовать въ нашемъ случаѣ специфическое лѣченіе. Подъ вліяніемъ такого лѣченія опуханіе позвонка стало замѣтно уменьшаться, а съ нимъ и паралитическія явленія. Черезъ 2 мѣсяца больная окончательно избавилась отъ своей болѣзни. Случай этотъ такъ и остался для меня загадочнымъ до тѣхъ поръ, пока годъ спустя я не встрѣтилъ отца больной, прибывшаго въ Харьковъ для лѣченія быстро развивающагося ослабленія зрѣнія. Это ослабленіе зрѣнія, какъ я узналъ отъ пользовавшаго больного проф. Гиршмана, зависѣло отъ воспаленія сѣтчатки обоихъ глазъ, которое при употребленіи сублимата стало быстро проходитъ. Это послѣднее обстоятельство бросило нѣкоторый свѣтъ на упомянутый выше параличъ у дочери больного. Мнѣ казалось основательнымъ объяснить, какъ заболѣваніе глазъ у отца, такъ и гиперостотическое страданіе позвонка у дочери, одной и той-же причиной, именно сифилисомъ, начало котораго восходитъ до дѣда, а, можетъ-быть, и до болѣе дальнихъ предковъ нашей паціентки.

Я далекъ, Мм. Гг., отъ мысли переоцѣнивать значеніе изложенныхъ фактовъ, но пусть они будутъ первою вѣхою на пути изученія сифилиса не на отдѣльныхъ индивидуумахъ, а въ поколѣніи. На этомъ новомъ пути изученія его, съ положительностію можно сказать, собраны будутъ факты высокой цѣны для науки и для человѣчества. Существуютъ семьи, которыя, по справедливости, можно назвать патологическими. Члены этихъ семей представляютъ отличныя другъ отъ друга заболѣванія: одинъ страдаетъ эпилепсіей, другой прогрессивною атрофіей мусколовъ, у третьяго развивается какое нибудь психическое разстройство, у четвертаго чахотка и такъ далѣе. Если вы спросите себя, какая болѣзнетворная причина можетъ такъ разнообразно проявляться, то вамъ тотчасъ отвѣтитъ паталогія: сифилисъ.

Да, Мм. Гг., сифилисъ есть одна изъ наиболѣе распространенныхъ болѣзней нашего времени, она охватила весь земной шаръ

и съ каждымъ днемъ пріобрѣтаетъ новыя жертвы. Она страшнѣе многихъ эпидемій, потому что она не ограничивается пораженіемъ отдѣльныхъ субъектовъ, а простираетъ свое гибельное дѣйствіе далеко въ потомство. Въ этомъ отношеніи ее по всей справедливости можно назвать homicida ab initio, болѣзнью, которая, по мѣткому выраженію одного французскаго автора, „agit sur le possible, tue ce qui n'existe point encore et ne cesse de veiller sur les sources de la vie pour les appauvrir et les souiller". Являясь въ самыхъ разнообразныхъ метаморфозахъ, она часто и не подозрѣвается тамъ, гдѣ дѣйствительно существуетъ, и, ускользая такимъ образомъ отъ правильнаго лѣченія, идетъ все дальше и дальше, неся съ собою повсюду, подобно легендарному существу, вѣчному жиду, разрушеніе и смерть. Избавить человѣчество отъ этой непрерывной эпидеміи, стоющей ему столькихъ жертвъ, отъ этой *хронической смерти*, можно только, изучая сифилисъ не въ однѣхъ его типическихъ формахъ, *но и въ разнобразныхъ метаморфозахъ его*. Только этимъ путемъ выработается научная возможность діагносцировать эту болѣзнь, подъ какою-бы маской она не скрывалась. Задача, какъ видите, въ высокой степени серіозная, трудъ не легкій, но къ нему обязываетъ насъ святая любовь къ человѣчеству.

Hydrocephalus internus syphiliticus.

Мм. Гг. Нынѣшнюю нашу бесѣду я намѣренъ посвятить клиническому разбору 2-хъ наблюдавшихся въ нашей клиникѣ случаевъ сифилитическаго пораженія головного мозга.

Одинъ изъ этихъ случаевъ прошелъ передъ вашими глазами, другой наблюдался нами нѣсколько раньше; но точное описаніе всего хода болѣзни и протоколъ вскрытія этого случая имѣются у насъ подъ руками, что даетъ намъ возможность возстановить всю клиническую и патолого-анатомическую картину этого случая.

Какъ вамъ извѣстно, сифилитическое страданіе нервной системы имѣетъ свою обширную литературу; но разнообразіе сифилитическаго страданія мозга такъ велико, что литература далеко не все занесла въ свои лѣтописи, что встрѣчается въ дѣйствительности. Отсюда многіе процессы подобнаго рода остаются неописанными, многіе вопросы остаются невыясненными и клиницисту трудно иногда поставить точный діагнозъ и назначить правильное лѣченіе, особенно тамъ, гдѣ анамнезъ не даетъ для этого никакой точки опоры; только тщательное изученіе научно обслѣдованныхъ случаевъ можетъ выводить врача изъ затруднительнаго положенія. Оба наши случая, о которыхъ будетъ рѣчь впереди, имѣютъ не одинъ клиническій интересъ, но также точно и патолого-анатомическій. Гейбнеръ въ своей статьѣ „Сифилисъ головного мозга“ выражаетъ сомнѣніе въ томъ, чтобы подъ вліяніемъ люэтическаго яда развивались часто воспалительные процессы въ строгомъ смыслѣ этого слова, по крайней мѣрѣ онъ не находитъ приводимые въ пользу этого въ литературѣ случаи достаточно убѣдительными. По его мнѣнію, характеръ всѣхъ патологическихъ процессовъ, развивающихся въ нервной системѣ подъ вліяніемъ сифилиса, есть неопластическій.

Наши случаи съ достаточною убѣдительностью показываютъ, что сифилисъ на ряду съ другими внутри-черепными измѣненіями вызываетъ и чисто-воспалительные процессы. Подробное ознакомленіе съ разбираемыми нами случаями убѣдитъ васъ въ этомъ съ несом-

нѣнною очевидностью. Перехожу къ изложенію самихъ случаевъ.

1-й случай. Больная Софія Ст., 25 лѣтъ отъ роду, здороваго и крѣпкаго тѣлосложенія; на 16 году жизни больная имѣла несчастье впасть въ проституцію и въ 1-й же годъ своей печальной профессіи получила шанкръ (ulcus primarium) съ нагноительнымъ бубономъ и послѣдующимъ общимъ сифилисомъ.

Подвергнутая специфическому лѣченію, больная, повидимому, освободилась отъ своей болѣзни и снова принялась за прежнее ремесло проститутки. Несмотря на различные эксцессы, связанные съ подобнаго рода жизнію, наша паціентка ничѣмъ не болѣла, но 9 мѣсяцевъ назадъ она въ первый разъ замѣтила являющіяся по временамъ головокруженіе, боль головы, легкую усталость зрѣнія съ расширеніемъ зрачковъ и ночныя боли въ костяхъ (dolores osteocopi). Припадки эти постепенно усиливались, зрѣніе стало слабѣть быстро, правымъ глазомъ больная совершенно перестала видѣть, а лѣвымъ едва различала вблизи находящіеся предметы. Больная обратилась въ глазную клинику, гдѣ назначено было ей втираніе меркуріальной мази, отчего dolores osteocopi уменьшились: остальные же припадки остались безъ измѣненія. Двѣ недѣли назадъ у больной появилась сильная головная боль, начинающаяся въ лобной части и распространяющаяся на всю голову съ явными пароксизмами ожесточенія; къ этому присоединилась тошнота и съ этими припадками больная 10 февраля 1873 года поступила въ нашу клинику.

При объективномъ изслѣдованіи паціентка оказалась анемичною, несмотря на хорошее тѣлосложеніе и хорошее, повидимому, питаніе; на кожѣ въ двухъ только мѣстахъ, на правомъ плечѣ и въ правомъ паху, находилось по одному рубцу величиною въ два стм., —рубцы атрофическіе, перламутроваго цвѣта. Сердце и легкія, повидимому, нормальны. Брюшные органы безъ особыхъ измѣненій. Моча кислой реакціи, удѣльный вѣсъ 1,015, суточное количество 1000 куб. стм., бѣлка и сахару не содержитъ. Пульсъ учащенъ, 96 въ минуту, легко сжимается, температура тѣла 37,5 Ц. Офтальмоскопъ обнаруживаетъ полную атрофію n. optici на правомъ и значительную, но не полную на лѣвомъ глазу. Лимфатическія железы на шеѣ и въ локтевомъ сгибѣ увеличены и плотны. Больная жалуется на боль головы съ пароксизмами сильнаго ожесточенія; пароксизмы эти наступаютъ довольно часто днемъ и ночью, что лишаетъ паціентку сна; кромѣ того, у больной появляется рвота не только при измѣненіи положенія изъ лежачаго въ сидя-

чее, но и при всякомъ движенiи головою и даже глазами; принятiе же пищи не вызываетъ рвоты, если только больная при этомъ остереглась дѣлать движенiе головою. Ни параличей, ни измѣненiя чувствительности у нея не замѣчается. Психическiя отправленiя тоже не нарушены; больная помнитъ всѣ обстоятельства своей жизни; даетъ ясные отвѣты на вопросы и отчетливо передаетъ всѣ свои ощущенiя.

Дiагнозъ болѣзни не представлялъ затрудненiй. Богатый крупными фактами анамнезъ и характерныя ночныя боли въ костяхъ (dolores osteocopi) прямо указали на сифилисъ, какъ на корень зла. Труднѣе было орiентироваться въ локализацiи болѣзненнаго процесса и его характерѣ, но отсутствiе судорогъ или параличей, неизмѣнность чувствительности, отсутствiе замедленiя пульса, ненарушенность психическихъ отправленiй и, какъ положительный признакъ, застойная гиперемiя (Stauungspapille) глазного дна и расширенiе зрачковъ утвердили насъ въ убѣжденiи. что въ данномъ случаѣ имѣемъ передъ собою ependymitis specifica съ накопленiемъ жидкости въ желудочкахъ (hydrocephalus internus). Больная пробыла около трехъ дней въ клиникѣ и умерла мгновенно въ одинъ изъ сильнѣйшихъ приступовъ головной боли. Вотъ что показала аутопсiя, произведенная въ патолого-анатомическомъ институтѣ.

Протоколъ вскрытiя. Шейныя лимфатическiя железы представляются увеличенными. Въ паховомъ каналѣ съ правой стороны находится рубецъ, величиною въ вершокъ, состоящiй изъ блестящей волокнистой соединительной ткани. На наружныхъ частяхъ половыхъ органовъ ничего особеннаго не замѣчается. Подкожная жирная клѣтчатка развита хорошо. На правомъ предплечьѣ находится рубецъ, величиною въ 2 стм., перламутро-блестящаго цвѣта.

Кости свода черепа сформированы правильно. Въ задней части sinus longitudinalis durae matris находится довольно рыхлый фибринозный сгустокъ, окрашенный въ красный цвѣтъ. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки представляется ровной, гладкой, блестящей; сама же оболочка въ высокой степени истончена. Извилины мозга представляются сдавленными, сплющенными, плоскими. Мягкая оболочка, покрывающая мозгъ и его полушарiя, тонка, малокровна. На верхней поверхности лобныхъ долей, по бороздкамъ сосудовъ, замѣчаются утолщенiе и помутнѣнiе мягкой мозговой оболочки бѣлаго цвѣта. Мягкая мозговая оболочка въ сильвiевыхъ бороздкахъ представляется сильно мутной,

толстой и повсюду сращенной. Мягкая мозговая оболочка, покрывающая вароліевъ мостъ, также утолщена и мутна. Позади chiasma nervorum opticorum находится опухоль, растянутый третій желудочекъ, величиною въ грецкіи орѣхъ, конической формы, верхушка которой обращена по направленію къ основанію мозга. Самая верхушка представляется довольно плотной, мясистой. Ткань зрительныхъ нервовъ является болѣе мягкой съ желтоватымъ оттѣнкомъ, толщина ихъ одинакова. Ткань самого продолговатаго мозга представляется мягкой и рыхлой. Содержимое вышеописанной опухоли представляется серозной, прозрачной жидкостью. Arteria fossae Sylvii, равно какъ и другія мелкія вѣтви, окутаны очень плотной мягкой мозговой оболочкой. Мягкая мозговая оболочка полушарій отдѣляется съ трудомъ и во многихъ мѣстахъ сращена съ тканью мозга. Желудочки мозга растянуты большимъ количествомъ серозной, прозрачной жидкости. Задніе рога ихъ доходятъ почти до заднихъ полушарій. Fornix, равно corpus callosum представляются въ высокой степени размягченными. Plexus choroideae очень отечны, малокровны. Полость четвертаго желудочка очень растянута. Ependyma его въ высокой степени утолщена, разрыхлена. Стволовъ акустическаго нерва совершенно незамѣтно. Ткань мозга въ высокой степени малокровна и пастозна.

Сердце нѣсколько растянуто въ ширину; на pericardium находится легонькое помутнѣніе и утолщеніе. Полость праваго желудочка слегка растянута, стѣнки истончены; ткань трехстворчатыхъ клапановъ нѣсколько мутна и утолщена. Полость лѣваго желудочка растянута. Endocardium, въ особенности выстилающее предсердіе, во многихъ мѣстахъ сильно утолщено; мускулатура свѣтло-коричневаго цвѣта. Полулунные клапаны аорты, какъ и arteriae pulmonalis, не представляютъ ничего особеннаго. Интима аорты неровна. бугриста, потеряла свой нормальный блескъ и усѣяна всюду возвышеніями различной величины.

Лѣвое легкое сращено повсюду съ грудной стѣнкою довольно старыми ложными перепонками; оно объемисто, плохо спадается, верхняя доля всюду проходима, довольно значительно отечна; при задней поверхности верхней доли находится гнѣздо непроходимой ткани, величиною въ небольшой грецкій орѣхъ; средина мѣстами представляется желтаго цвѣта, периферія же окружена разросшеюся соединительною тканью. Нижняя доля вездѣ отечна, проходима и содержитъ крови больше, чѣмъ верхняя доля. Правое легкое свободно, объемисто, на поверхности находятся утолщенія

плевры въ формѣ рубца величиною въ 9 стм. Нижняя доля, равно какъ и средняя, вездѣ проходима, отечна и гиперэмирована.

Селезенка довольно сильно увеличена въ объемѣ, капсула ея значительно утолщена и мѣстами сращена съ діафрагмой.

Почки нормальной величины; капсулы отдѣляются легко; на поверхности находится маленькая киста величиною въ небольшую горошину, наполненная серознымъ содержимымъ. Ткань почекъ очень плотна и содержитъ много крови.

Печень равномѣрно плотна. Ductus choledochus совершенно проходимъ. Капсула печени утолщена и въ большей части сращена съ діафрагмой. Печень мало измѣнена въ объемѣ; ткань ея содержитъ довольно много крови желто-краснаго цвѣта; границы долекъ по большей части плохо видны.

На слизистой оболочкѣ ilei представляются увеличенныя въ объемѣ фолликулярныя железы.

Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ мѣстами гиперэмирована.

Слизистая оболочка желудка, in fundo ventriculi, въ состояніи размягченія. Мезентеріальныя железы перваго порядка значительно увеличены въ объемѣ, очень плотны, при разрѣзѣ хрустятъ; содержимое ихъ составляетъ желтая масса, очень плотная на ощупь.

Матка находится въ состояніи перегиба впередъ, такъ что тѣло ея съ шейкой составляетъ прямой уголъ.

Слизистая оболочка recti не представляетъ особенныхъ измѣненій.

Слизистая оболочка мочевого пузыря также мало измѣнена.

Правый яичникъ въ большей своей части кистовидно перерожденъ, лѣвый въ меньшей степени; величина кистъ достигаетъ отъ горошины до большого лѣсного орѣха.

Фаллопіевы трубы, равно какъ и morsus diaboli, сращены какъ съ яичниками, такъ и съ окружающими частями старыми ложными перепонками. Тѣло матки увеличено въ объемѣ, консистенціи довольно рыхлой.

Columnae rugarum слизистой оболочки влагалища хорошо развиты.

Въ слизистой оболочкѣ влагалища находится рубецъ, имѣющій звѣздчатую форму, величиною въ горошину.

Рыльце матки припухло, гиперэмировано, разрыхлено и покрыто слизью.

Въ спинномъ мозгу ничего особеннаго не найдено.

Эпикризисъ даннаго случая изложу ниже; теперь же перехожу къ изложенію другого аналогичнаго съ приведеннымъ случая.

Случай 2-й. Больной, 44 лѣтъ, средняго тѣлосложенія, отставной офицеръ. По словамъ его, онъ до 1857 года ничѣмъ не страдалъ, кромѣ незначительнаго ушиба отъ паденія съ лошади. Въ 1857 году онъ получилъ ulcus induratum, за которымъ послѣдовалъ общій сифилисъ. Больной поступилъ въ Кіевскій госпиталь, гдѣ подвергался антисифилитическому лѣченію въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Подъ вліяніемъ этого лѣченія сифилитическіе припадки исчезли и больной оставилъ госпиталь съ увѣренностію въ полномъ выздоровленіи. Долгое затишье болѣзни подтверждало эту увѣренность, паціентъ занялся службой и позволялъ себѣ abusus spirituosorum. Въ 1862 году у больного послѣ сна появилась hemiplegia правой половины тѣла, при этомъ рѣчь и органы чувствъ не пострадали. Потребовалось двухмѣсячнаго лѣченія для возстановленія здоровья, но легкій парезъ правой ноги остался и до сихъ поръ. По временамъ стала появляться головная боль, незначительная впрочемъ; чрезъ 3 года появилось расширеніе праваго зрачка, головная боль усилилась, къ ней присоединялась по временамъ рвота, употребленіе kalii jodati устранило эти припадки, но не навсегда. Нѣсколько времени спустя они появились снова,—на этотъ разъ головная боль отличалась большею жестокостью: начинаясь въ лобной части, она распространялась на всю голову и, достигши своего maximum'а, сопровождалась рвотой. Рвота вызывалась поворотомъ головы, попыткою повернуться на другой бокъ и измѣненіемъ положенія горизонтальнаго въ вертикальное. Съ этими припадками больной въ 1873 году поступилъ въ нашу клинику. При объективномъ изслѣдованіи мы констатировали нормальное состояніе грудныхъ и брюшныхъ органовъ, присутствіе на спинѣ нѣсколькимъ рубцовъ перламутроваго цвѣта незначительной величины, потерю ткани на языкѣ и миндалевидныхъ железахъ, припуханіе шейныхъ лимфатическихъ железъ и Stauungspapille. Психическія отправленія безъ измѣненія. Пульсъ 70 въ минуту, температура нормальная, отдѣленіе мочи свободно, бѣлка и сахара въ ней не содержится, суточное количество 1000 кубическихъ сантиметровъ, удѣльный вѣсъ 1020. Жалуется больной на головокруженіе при ходьбѣ, рвоту, головную боль и привычные запоры.

Мы діагносцировали ependymitis syphilitica (hydrocephalus internus), руководствуясь тѣми же соображеніями, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Больному назначены были іодистый и бромистый натріи [Solut. natrii jodati et bromati (ex ʒj) ℥vj. D. S. По три ложки

въ день] и отвлекающее на кишечный каналъ; чрезъ пять недѣль больной выписался изъ клиники совершенно свободнымъ отъ своихъ тяжелыхъ припадковъ. Пять лѣтъ мы не имѣли никакихъ свѣдѣній о нашемъ больномъ. На 6-мъ году онъ снова поступилъ въ нашу клинику въ плачевномъ состояніи. Головная боль, сопровождаемая тошнотой и по временамъ рвотой, мучитъ больного около 4-хъ мѣсяцевъ, сильная слабость заставляетъ его лежать въ постели, кашель и одышка увеличиваютъ его страданія. Объективный экзаменъ обнаруживаетъ слабость и дилятацію сердца, отекъ обоихъ легкихъ, значительное увеличеніе печени; доступныя изслѣдованію артеріи представляются склерозированными. Психическая дѣятельность подавлена, пульсъ слабый и частый, 100 ударовъ въ минуту, температура нормальная. Моча безъ измѣненія. Родные больного сообщили, что онъ, считая себя здоровымъ, предавался спиртнымъ напиткамъ.

Назначены больному іодистый и бромистый натріи et excitantia, но терапія наша на этотъ разъ осталась безъ успѣха; увеличившійся отекъ легкихъ и слабость сердца положили конецъ существованію больного. Произведенное въ патолого-анатомическомъ театрѣ вскрытіе дало слѣдующій результатъ:

Протоколъ вскрытія. Кости черепа склерозированы, съ разсѣянными многочисленными экзостозами въ видѣ гладкихъ бѣлыхъ возвышеній величиною отъ коноплянаго зерна до половины лѣсного орѣха.

Мозгъ и его оболочки. Твердая мозговая оболочка равномѣрно утолщена, мало прозрачна. Мягкая мозговая оболочка представляетъ многочисленныя сосудистыя рамификаціи темносиняго и темнокраснаго цвѣта, при чемъ однѣ изъ нихъ располагаются поверхностно и имѣютъ большую ширину, другіе—болѣе глубоки и тонки. Извилины мозга приплюснуты, широки, хорошо просвѣчиваютъ сквозь мягкую мозговую оболочку. Мягкая мозговая оболочка отдѣляется съ трудомъ, легко разрывается. Субарахноидальныя пространства спавшіяся. Боковые желудочки въ три раза болѣе расширены противъ нормы: лѣвый больше, чѣмъ правый, и содержитъ много жидкости. Septum pellucidum и переднія ножки свода истончены и отклонены въ правую сторону. Заднія ножки плоски, правая плотно соединена съ tela choroidea и внутренней половиной thalami optici. Полость septi pellucidi значительно расширена, стѣнки истончены, сосуды ихъ сильно налиты. Ependyma желудоч-

ковъ всюду уплотнена, зерниста. Corpus striatum лѣвой стороны значительно меньше праваго. Оба они плоски, съ передняго края представляютъ неправильной формы углубленія, прикрытыя гладкой, блестящей, сѣрой эпендимой. Соотвѣтственно рединѣ corporis striati при наружномъ краѣ его находится неправильной формы бѣловато-желтаго цвѣта углубленіе болѣе 2 стм. въ поперечномъ размѣрѣ и около $1^1/_2$ стм. въ продольномъ. Надъ нимъ натянута утолщенная, студенистая, слегка отечная ependyma.

При разрѣзѣ на мѣстѣ этого углубленія оказывается дефектъ бѣлаго вещества, при чемъ послѣднее замѣщено губчатою, трабекулярною, пропитанною серозною жидкостью тканью. На мѣстѣ меньшаго углубленія ependyma представляется утолщенной. Сѣрое вещество на переднемъ концѣ corporis striati пронизано бѣлыми полосками и истончено. Plexus choroidei зернисты и утолщены. Ткань мозга въ лѣвомъ полушаріи преимущественно въ средней части corp. Viessenii значительно плотнѣе, чѣмъ съ правой, бѣловато-желтаго цвѣта; въ задне-передней долѣ тѣстовата, тягуча, легко прилипаетъ къ ножу. Большіе мозговые узлы лѣвой стороны также представляютъ болѣе значительное уплотненіе сравнительно съ правой. На поверхности разрѣза мозговая ткань всюду блеститъ, при соскабливаніи даетъ свѣтлую, серозную жидкость. Артеріи основанія мозга сильно склерозированы и представляютъ отдѣльныя желтыя пятна и узелки, выдающіеся въ просвѣтъ сосудовъ, при чемъ на противоположной имъ окружности замѣчаются маленькія узловатыя выпячиванія. Лѣвая артерія fossae Sylvii, правая vertebralis и на всемъ протяженіи basilaris, кромѣ упомянутыхъ измѣненій, диффузно расширены и представляютъ множественныя мѣшковидныя аневризмы величиною отъ конопляного зерна до горошины, при чемъ большія изъ нихъ находятся на артеріи fossae Sylvii. Стѣнки этихъ сосудовъ при общемъ утолщеніи представляютъ желтыя бляшки intimae, съ внутренней стороны шероховатыя на ощупь. Ткань мозжечка и продолговатаго мозга отличается необыкновенною блѣдностью, тѣстовата и блеститъ на поверхности разрѣза. Мягкая мозговая оболочка на основаніи ихъ утолщена и отечна [1]).

Сердце увеличено въ объемѣ, преимущественно въ поперечномъ размѣрѣ; на поверхности покрыто значительнымъ количествомъ жира. Стѣнки дряблы, утолщены, особенно въ лѣвомъ желудочкѣ.

---

[1]) Четвертый желудочекъ расширенъ, наполненъ серозной жидкостью.

темнокраснаго цвѣта. Endocardium безъ измѣненій, bicuspidalis утолщена, склерозирована, желтовато-бѣлаго цвѣта, почти хрящевой консистенціи, при чемъ однако не представляетъ сморщиванія. Клапаны аорты склерозированы при основаніи, корень аорты диффузно расширенъ. Intima представляетъ разсѣянныя, значительно возвышающіяся надъ поверхностью, хрящевой плотности бляшки.

Оба легкія мало спадаются, свободны. По заднему краю синевато-краснаго цвѣта, при разрѣзѣ даютъ большое количество темной жидкой крови, частью смѣшанной съ пузырьками воздуха. Въ нижнихъ доляхъ по заднему краю разсѣяны многочисленныя гнѣзда гепатизаціи, краснаго цвѣта, зернистыя на поверхности разрѣза, при соскабливаніи даютъ темно-кровянистую густую массу. Слизистая оболочка бронховъ утолщена, красновато-аспиднаго цвѣта.

Селезенка уменьшена въ объемѣ, капсула сморщена; на наружномъ краѣ находится рубцовое втягиваніе, при чемъ пигментированная рубцовая ткань далеко вдается въ паренхиму органа. Pulpa рыхла, блѣдно-краснаго цвѣта, легко выскабливается.

Почки слегка уменьшены въ объемѣ, капсула съ трудомъ отдѣляется. На поверхности представляются разсѣянныя плоскія углубленія; ткань плотна, въ разрѣзѣ корковый слой истонченъ, блѣдно-краснаго цвѣта; пирамиды сплюснуты. Количество жирной клѣтчатки около лоханки значительно увеличено.

Печень слегка увеличена въ объемѣ въ поперечномъ разрѣзѣ, капсула напряжена, гладка; ткань плотна, поверхность разрѣза слегка зерниста. Сосуды значительно растянуты темно-жидкою кровью.

Слизистая оболочка желудка утолщена, плотна, слегка зерниста, сѣровато-аспиднаго цвѣта.

Слизистая оболочка толстыхъ и тонкихъ кишекъ сѣраго разлитаго окрашиванія и, за исключеніемъ гипостатической гиперэміи въ нижележащихъ петляхъ, особенныхъ измѣненій не представляетъ.

Prostata увеличена въ объемѣ, плотна, въ разрѣзѣ мозговидно-бѣлаго цвѣта и слегка зерниста.

Мягкое небо сильно утолщено и въ разрѣзѣ бугристо. Uvula уменьшена въ объемѣ и сморщена. На мѣстѣ миндалевидныхъ железъ замѣчаются глубокія, синуозныя, аспиднаго цвѣта язвы. По свободному краю надгортанника многочисленныя вырѣзки въ формѣ рубцовыхъ втягиваній.

Оба придатка увеличены въ объемѣ, плотны, представляютъ сращеніе оболочекъ между собою, частію сплошное, частію отдѣльными перемычками.

Внутренняя пластинка praeputii представляетъ сращеніе съ головкою.

Я позволю себѣ дополнить эти наблюденія еще однимъ въ высокой степени поучительнымъ случаемъ изъ моей амбулаторной практики. Дама N, 30 лѣтъ, до замужества совершенно здоровая, по выходѣ замужъ имѣла подъ-рядъ 8 выкидышей на 6 мѣсяцѣ беременности, при чемъ, по ея словамъ, рождались мертвые, сформированные, въ большинствѣ случаевъ разложившіеся плоды. Больная, особенно послѣ послѣдняго выкидыша, стала чувствовать себя слабою, малокровною; у ней появились бѣли ѣдкаго свойства съ дурнымъ запахомъ. Сама больная не страдала сифилисомъ, но мужъ ея въ молодости перенесъ эту болѣзнь. Ни припухлости лимфатическихъ железъ, ни сыпи, ни язвъ на тѣлѣ, ни страданія костей не замѣчается. Съ нѣкоторыхъ поръ больная стала чувствовать головную боль въ лобной части головы, распространяющуюся на всю голову съ явными промежутками ожесточенія. Вскорѣ присоединилась тошнота и рвота, при малѣйшемъ движеніи головой и при попыткѣ подняться изъ лежачаго положенія. Вреда, судорогъ и параличей не замѣчается, но походка больной шаткая, психическая дѣятельность въ состояніи угнетенія. Рѣчь медленная. По временамъ у больной чувствуется онѣмѣніе въ верхнихъ конечностяхъ, но при изслѣдованіи чувствительность въ нихъ сохранена. Зрачки расширены. Офтальмоскопическое изслѣдованіе, сдѣланное проф. Гиршманомъ, указало на пассивную гиперэмію глазного дна, какъ на результатъ повышеннаго внутриглазного давленія. Пульсъ 96, температура тѣла нормальна. Діагносцированъ мною и въ этомъ случаѣ hydrocephalus internus syphiliticus и назначенъ іодо-бромистый натрій въ вышеприведенной формѣ. Къ сожалѣнію, больная недолго оставалась подъ моимъ наблюденіемъ. Получивши небольшое облегченіе своимъ припадкамъ, она уѣхала изъ Харькова.

Случай этотъ, какъ Вы видите, по своему клиническому теченію совершенно схожъ съ тѣми вышеприведенными случаями, которые наблюдались въ нашей клиникѣ. Но онъ имѣетъ и другую весьма интересную сторону. Сама больная не страдала сифилисомъ, а инфицировалась черезъ плодъ. Это тотъ способъ зараженія, который французскіе сифилидологи называютъ choc de retour.

Эти приведенные случаи убѣждаютъ насъ въ томъ, что въ мозгу, подъ вліяніемъ сифилиса, развивается разстройство чисто воспалительнаго характера in sensu stricto этого слова. Какъ чистый примѣръ такого рода разстройства, можетъ служить занимающая насъ болѣзнь—воспаленіе ependymae съ послѣдовательнымъ накопленіемъ жидкости въ желудочкахъ мозга настолько сильнымъ, что жизнь при этомъ становится невозможною. Иногда болѣзнь сопровождается и другими сифилитическими измѣненіями въ мозгу (см. протоколъ вскрытія № 1), иногда же она одна составляетъ анатомическій субстратъ прижизненной клинической картины. Но какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ она доминируетъ надъ остальными явленіями и ею опредѣляется весь ходъ болѣзни. На этомъ основаніи она должна быть разсматриваема, какъ отдѣльная болѣзнь, какъ самостоятельный патологическій индивидуумъ, имѣющій и свою отдѣльную симптоматологію, и свой анатомическій субстратъ.

Я не знаю, Мм. Гг., долженъ-ли я излагать симптоматологію занимающей насъ болѣзни. Изъ приведенныхъ случаевъ Вы можете видѣть ее сами. Я позволю себѣ сдѣлать коротенькій перечень симптомовъ. Головная боль съ промежутками ожесточеній составляетъ начальный и самый ранній симптомъ этой болѣзни. Вскорѣ къ нему присоединяется тошнота и рвота, легко вызываемая движеніемъ головы и перемѣною положенія больного. Параличи и судороги обыкновенно отсутствуютъ, также точно и лихорадочное состояніе. Пульсъ остается ускореннымъ. Психическая дѣятельность притупляется по мѣрѣ прогрессированія болѣзни. Зрачки постоянно расширяются, хотя реакція на свѣтъ у нихъ сохраняется. Больные жалуются на слабость зрѣнія, и офтальмоскопъ открываетъ пассивную гиперэмію глазного дна.

Болѣзнь имѣетъ всегда хроническое теченіе и есть выраженіе застарѣлаго сифилиса. Обыкновенно она является позже гуммознаго его періода.

Если имѣется точный анамнезъ больного, то діагнозъ не представляетъ затрудненій, но тамъ, гдѣ анамнезъ отсутствуетъ, діагнозъ hydrocephali syphilitic. становится затруднительнымъ. Можно впасть въ ошибку и принять, по крайней мѣрѣ вначалѣ, настоящую болѣзнь за обыкновенную cephalalgia или за начинающуюся meningitis tuberculosa, особенно у дѣтей. Отъ первой ошибки мы можемъ гарантировать себя, принявъ во вниманіе, что обыкновенная cephalalgia является изрѣдка, періодически, оставляя доволь-

но длинные промежутки, свободные отъ болѣзни. Ependymitis syphilitica-же (hydrocephalus internus syphiliticus), какъ Вы видѣли, начавшись разъ, не оставляетъ больного въ покоѣ, но съ теченіемъ времени все больше и больше усиливается. Самое же главное, что cephalalgia нервнаго свойства не вызываетъ въ глазу той пассивной гиперэміи, которая наблюдается при hydrocephalus syphiliticus. Что касается meningitis tuberculosa, то при ней уже въ раннемъ періодѣ замѣчается измѣненіе въ пульсѣ (замедленіе, перемежки). Упорный запоръ, больные слегка лихорадятъ, вскорѣ присоединяется бредъ, судороги и параличи и мѣстами гиперэстезія кожи. Все это отсутствуетъ при занимающей насъ болѣзни.

Мы слишкомъ мало имѣемъ случаевъ занимающей насъ болѣзни, чтобы высказаться рѣшительно объ ея исходѣ. Два нашихъ случая окончились летально, о третьемъ мы не имѣемъ никакого свѣдѣнія; но изъ этого малаго количества наблюденій все таки выяснился фактъ, что болѣзнь излѣчима. Я приведу Вамъ на память исторію офицера Орлова (2 наблюденіе), который, поступивши въ клинику въ 1873 году съ ясными припадками hydrocephali syphilitici, черезъ пять недѣль послѣ соотвѣтствующаго лѣченія выписался совершенно здоровымъ. Правда, болѣзнь рецидивировала и рецидивъ ея свелъ больного въ могилу, но рецидивъ есть существенный характеръ всѣхъ сифилитическихъ заболѣваній. Но не слѣдуетъ забывать и того, что послушность разумной терапіи есть тоже одно изъ утѣшительныхъ свойствъ сифилиса.

Болѣзнь, о которой идетъ рѣчь, имѣетъ своимъ происхожденіемъ сифилисъ, а Вамъ извѣстно, что какія бы ни были проявленія сифилиса, гдѣ бы онѣ ни гнѣздились, мы должны употреблять противъ нихъ антисифилитическое лѣченіе, т. е. препараты меркурія и препараты іода. Клиническій опытъ показалъ, что въ раннихъ періодахъ сифилиса употребленіе ртути болѣе умѣстно, въ болѣе же позднихъ періодахъ іодистый калій или натрій заслуживаетъ предпочтенія. Hydrocephalus syphiliticus относится къ самому позднему періоду сифилитическаго процесса; поэтому мы и употребляли противъ него іодистый натрій. Личный мой клиническій опытъ научилъ меня, что совмѣстное употребленіе бромистаго натрія и калія ускоряетъ выздоровленіе при всѣхъ заболѣваніяхъ сифилитическимъ процессомъ нервной системы. На это обстоятелество я прошу Васъ обратить серьезное вниманіе. Я вовсе не намѣренъ становиться въ оппозицію съ тѣмъ выработаннымъ терапевтическимъ положеніемъ, по которому въ застарѣлыхъ, тя-

желыхъ сифилитическихъ случаяхъ слѣдуетъ употреблять смѣшанное лѣченіе (ртути и іодистаго калія)—traitement mixte, но вопросъ о томъ: не слѣдуетъ ли и при hydrocephalus internus syphiliticus пользоваться этимъ методомъ лѣченія, я предоставляю рѣшить будущему.

Syphilis visceralis.

Мм. Гг. Больной, клиническому анализу котораго я намѣренъ посвятить нынѣшнюю нашу бесѣду, представляетъ много научнаго интереса. Интересъ этотъ не ограничивается ближайшими практическими задачами, но переходитъ и въ область теоретическихъ вопросовъ. Случаи, подобные нашему, не часто попадаются въ практикѣ, еще рѣже діагносцируются, и нашъ больной могъ сойти за страдающаго только катарромъ желудка, такъ какъ его главная жалоба сводится на ежедневную рвоту, появляющуюся послѣ тяжелой пищи и, особенно, *послѣ трудной мышечной работы*. Но тщательный объективный анализъ открываетъ намъ, что больной нашъ страдаетъ тяжелой кахексіей, несмотря на свое богатырское сложеніе. Приступимъ теперь къ изложенію представляемыхъ имъ фактовъ. Передъ вами мужчина, лѣтъ 35-ти отъ роду. Его лицо не выражаетъ ни *малѣйшихъ слѣдовъ истощенія или маразма*. Оно лишь слегка ціанотично и слегка одутловато. Мускулатура его—мускулатура атлета. На кожѣ его замѣчаются особенности, на которыхъ мы остановимъ наше вниманіе. На лбу справа на tuber frontalis находится круглый рубецъ, около двухъ сантиметровъ величиною, значительно втянутый въ глубь кожи. Цѣлый рядъ рубцовъ, симметрически расположенныхъ, находится въ надлопаточной области обѣихъ сторонъ, а также въ поясничной области. Всѣ они круглой формы, цвѣта перламутроваго, большинство изъ нихъ представляется слившимися между собою, чрезъ что величина ихъ становится значительною, но каждый изъ нихъ отдѣльно едва превосходитъ величину 2-хъ сантим. въ діаметрѣ. Большая часть изъ нихъ на ощупь *атрофическіе*, другіе же сильно *втянуты въ глубь кожи*. Происхожденіе этихъ рубцовъ больной описываетъ такъ: сначала появлялись въ толщѣ кожи узелки величиною въ горошину, не болящіе. Узелки эти, увеличиваясь, достигали объема орѣха и даже голубинаго яйца. Затѣмъ они размягчались, кожа надъ ними краснѣла, изъязвлялась и такимъ об-

разомъ, по картинному выраженію нашего больного, образовались *провалы*, съ выдѣленіемъ гноевидной жидкости; заживая, они „давали" рубцы. Другіе узелки всасывались, не изъязвляясь, но все же и послѣ нихъ оставались втянутые рубцы. — Изслѣдуя больного дальше, замѣчаемъ in epigastrio, тотчасъ подъ processus xyphoideus, возвышеніе, замѣтное уже для глазъ. Ощупываніемъ его убѣждаемся, что оно образуется лѣвою долею печени, которая представляется *увеличенною равномѣрно, плотною какъ хрящъ, мало чувствительною.*—Ея поверхность *не бугриста. Но in toto* она *даетъ впечатлѣніе, будто увеличеніе ея идетъ изъ двухъ центровъ.* Правая доля печени ни въ своемъ объемѣ, ни въ плотности ничего анормальнаго не представляетъ. Селезенка слегка увеличена. Пищеварительный каналъ слегка вздутъ, надавливаніе на желудокъ чувствительно. Осмотръ полового аппарата не показалъ и слѣдовъ бывшихъ изъязвленій. Но правое яичко *увеличено втрое противъ нормы, плотно,* мало чувствительно при давленіи. Увеличеніе обусловливается *опухолью самого тѣла яичка.* Полость зѣва измѣненій не представляетъ. Экзаменъ грудныхъ органовъ показалъ ихъ здоровое состояніе. Но площадь сердечной тупости немного увеличена. Пульсъ полный, 84 въ минуту.—Температура тѣла нормальна, $37{,}4^0$ Ц. Доступныя ощупыванію артеріи ясно склерозированы.—Моча въ своемъ количествѣ уменьшена, 750 к. с. (такъ было по крайней мѣрѣ въ первые дни пребыванія больного въ клиникѣ), удѣльнаго вѣса 1,015, кислой реакціи, *содержитъ бѣлокъ* въ умѣренномъ количествѣ.—Но изслѣдованіе микроскопомъ показываетъ въ ней *большое количество мочевыхъ цилиндровъ,* извилистыхъ, прямыхъ, зернистыхъ и ясно жирно-перерожденныхъ. Такими цилиндрами и почечнымъ эпителіемъ занято почти все поле микроскопа. По такому обилію форменныхъ элементовъ можно ожидать огромнаго содержанія бѣлка въ мочѣ. На дѣлѣ же моча нашего больного содержитъ лишь умѣренное его количество. На это обстоятельство я прошу обратить все ваше вниманіе. При постановкѣ діагноза вы убѣдитесь въ важности этого, новидимому, не важнаго факта. Рвота, на которую больной главнымъ образомъ жаловался, была также изслѣдована; она оказалась кислой реакціи, содержала остатки пищи и больше ничего.

По словамъ паціента, родители его были люди здоровые, дожили до почтенныхъ лѣтъ. Отецъ умеръ на 60 году, мать, 65-лѣтняя старуха, жива и теперь. Вся семья, изъ которой происходитъ больной, отличается физической силой и здоровьемъ. Его братья счи-

таются первыми силачами въ своей деревнѣ. Его собственное семейство, жена и пятеро дѣтей, здоровые тоже. Кромѣ пяти существующихъ, двое дѣтей умерли въ раннемъ дѣтствѣ, отъ какой болѣзни—больному неизвѣстно. Лично паціентъ нашъ пользовался хорошимъ здоровьемъ до 20-го года жизни. Съ этого времени стала у него обнаруживаться группа болѣзненныхъ явленій. Образовалась опухоль на лбу, съ послѣдующимъ размягченіемъ, оставившая уже описанный рубецъ; появились головныя боли и ночныя боли въ костяхъ. Чрезъ нѣсколько времени, по словамъ больного, года черезъ два, въ подлопаточной и поясничной области открылся тотъ процессъ, о которомъ уже была рѣчь. Пять лѣтъ назадъ, онъ страдалъ довольно долго febri intermitenti. Больной не пьяница, но водку пилъ иногда въ изрядномъ количествѣ. Она-то и была, повидимому, ближайшею причиною катарра желудка, такъ какъ первые симптомы его наступили послѣ неумѣренной выпивки. Замѣчательно, что диспептическія явленія вызывались не только погрѣшностью въ діэтѣ, но и тяжелою механическою работою, требующею сгибанія и разгибанія тѣла, напр. рубкою и пилкою дровъ и т. п.

И такъ, Мм. Гг., Вы видите, какое наслоеніе важныхъ клиническихъ фактовъ представляетъ намъ случай простого, какъ казалось, катарра желудка. Факты эти сообщаютъ ему глубокій интересъ и ставятъ его въ разрядъ заболѣваній особымъ специфическимъ процессомъ, тѣсное знакомство съ которымъ для васъ существенно необходимо.

Что же это за процессъ? имѣемъ-ли мы возможность ближе охарактеризовать его? Оставимъ на время диспептическія явленія у нашего больного и поведемъ разсужденіе такъ: одновременное заболѣваніе печени, почекъ и яичка показываетъ, что процессъ за locus praedilectionis избралъ паренхиматозные органы, но ими исключительно не ограничился; не свойственный возрасту больного, но ясно выраженный артеріосклерозъ говоритъ за то, что это одинъ изъ процессовъ, не щадящихъ и другіе органы. Далѣе, ощупываніе пораженной доли печени и яичка показываетъ однообразіе въ заболѣваніи ихъ; оба эти органа одинаково диффузно увеличены, безъ замѣтной бугристости, представляются одинаково плотными, какъ-бы склерозированы и мало чувствительны. Самый ходъ заболѣванія этихъ органовъ крайне медленный, хроническій. Уже симптомами катарра желудка больной, по его словамъ, страдаетъ около 4-хъ лѣтъ; замѣченное имъ въ первый разъ затвердѣніе

яичка онъ относитъ еще къ болѣе раннему времени. При всемъ томъ *марантическихъ симптомовъ у больного вовсе не замѣчалось.* Это послѣднее обстоятельство даетъ намъ возможность избѣжать ошибки діагносцировать въ нашемъ случаѣ какое нибудь злокачественное новообразованіе вродѣ рака. Такимъ образомъ наклонность образовать диффузныя, склеротическія опухоли паренхиматозныхъ органовъ (печени, яичка) съ крайне медленнымъ развитіемъ и отсутствіе повышенной чувствительности въ нихъ— вотъ характерныя черты процесса, гнѣздящагося въ организмѣ нашего паціента. Дальнѣйшій ходъ этихъ опухолей вамъ понятенъ изъ того, что говорилось уже о судьбѣ такихъ затвердѣній на кожѣ больного. Считаю необходимымъ дополнить характеристику этого процесса одною особенностью его. Онъ обнаруживался неправильными пароксизмами, отдѣленными другъ отъ друга промежутками полнаго затишья. Это были настоящія intervala lucida, смѣняющіяся новыми заболѣваніями. Такъ, на 20-мъ году жизни появились у больного опухоль на лбу, головныя боли, dolores osteocopi; затѣмъ затишье; чрезъ два года пораженіе кожи въ надлопаточной и поясничной области, снова затишье, и лишь чрезъ 8-мь лѣтъ больной замѣчаетъ опуханіе яичка. Всѣ приведенныя выше черты даютъ намъ полную возможность узнать въ этомъ процессѣ *syphilis* Съ этой точки зрѣнія намъ становится ясной вся картина болѣзни до мельчайшихъ подробностей ея. Въ самомъ дѣлѣ нельзя болѣе вѣрно передать клиническое теченіе туберкулезнаго сифилида (lupus syphiliticus), чѣмъ это сдѣлалъ нашъ больной. Его разсказъ будто взятъ изъ компендіума по сифилидологіи. Далѣе ночныя боли (dolores osteocopi), которыми больной страдалъ, тоже характерны для сифилиса. Наконецъ опухоль печени и яичка составляетъ такое вѣрное argumentum pathognomonicum, не допускающее возможности ошибиться на счетъ сущности болѣзни. Вирховъ въ своемъ сочиненіи о конституціональномъ сифилисѣ говоритъ: „*Сифилитическое заболѣваніе печени представляетъ полную аналогію съ сифилитическимъ заболѣваніемъ яичка*". La Syph. const. p. 78. И дѣйствительно, помимо патолого-анатомической картины, эта аналогія виднѣется и при болѣе грубомъ изслѣдованіи, то же равномѣрное увеличеніе пораженныхъ органовъ, та же плотность, доходящая до хрящевой твердости, и то же отсутствіе особенной болѣзненности въ обоихъ органахъ невольно останавливаютъ на себѣ вниманіе изслѣдователя. Что касается сифилитическаго заболѣванія почекъ, то, по Вирхову, оно является въ формѣ

nephritis interstitialis и въ формѣ отдѣльныхъ гнѣздъ. Весьма рѣдко случается наблюдать пораженія диффузныя. Этотъ гнѣздный процессъ ведетъ къ мѣстной индураціи ткани почекъ, къ перерожденію эпителія мочевыхъ канальцевъ и окончательной атрофіи пораженной ткани. Послѣ этого вамъ понятно, почему мы, при микроскопическомъ изслѣдованіи мочи, находили очень много форменныхъ элементовъ, при сравнительно не обильномъ содержаніи въ ней бѣлка. Этимъ же особеннымъ характеромъ пораженія почекъ объясняется и то обстоятельство, что у больного нашего отсутствуетъ anasarca.

Путемъ внимательнаго изслѣдованія собранныхъ фактовъ мы пришли къ убѣжденію, что въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ *syphilis visceralis*. Если это такъ, то возникаетъ вопросъ: какова же дальнѣйшая судьба нашего больного? Можемъ ли мы надѣяться возстановить его здоровье, или глубоко вкоренившійся діатезъ, поразившій такіе важные для жизни органы, не уступитъ нашему лѣченію и больной, подпадая неизбѣжно маразму, долженъ ждать печальной развязки; другими словами, какой прогнозъ поставимъ мы въ данномъ случаѣ? Висцеральный сифилисъ есть болѣзнь тяжелая и потому прогнозъ при немъ всегда серьезный. Поражая важные органы, онъ можетъ производить въ нихъ такія измѣненія, которыя становятся фатальными для жизни больного. Такъ, мнѣ извѣстенъ случай, гдѣ гумма, помѣстившись въ стѣнкѣ сердца и атрофировавъ ее, обусловила появленіе аневризма сердца, которая въ свою очередь свела больного въ могилу. Очень тяжелыя послѣдствія наступаютъ также при пораженіи сифилисомъ центральной нервной системы, особенно, если при этомъ компрометируются дыхательные центры. Но если исключить эти случайности, то prognosis смягчается. И при висцеральномъ сифилисѣ, несмотря на пораженіе важныхъ паренхиматозныхъ органовъ, специфическая терапія, разумно направленная, можетъ принести существенную пользу. Въ нашемъ случаѣ, надѣюсь, Вы будете имѣть возможность убѣдиться въ справедливости сказаннаго. Средства противъ сифилиса вамъ извѣстны—это меркурій и іодъ. Оба они одинаково надежныя, но для каждаго изъ нихъ существуютъ особенныя, свои показанія. Въ свѣжихъ случаяхъ сифилиса болѣе умѣстны меркуріальные препараты; препараты же іода не замѣнимы въ болѣе позднихъ періодахъ инфекціи (въ періодѣ третичномъ). Опытные клиницисты (Фурнье) совѣтуютъ смѣшанное лѣченіе, т. е. одновременное употребленіе іода и меркурія въ тѣхъ

случаяхъ lues, гдѣ одно изъ указанныхъ средствъ само по себѣ или мало, или медленно помогаетъ. Я не разъ имѣлъ случай убѣдиться въ практичности этого совѣта. И въ данномъ случаѣ мы примѣнимъ этотъ способъ, назначивъ больному внутрь іодистый калій и снаружи втиранія sapon. mercurialis kalini по одной драхмѣ въ день. Уже въ теченіе первыхъ двухъ недѣль обнаружится, какъ вы увидите, эффектъ такого лѣченія, но для полнаго излѣченія болѣзни потребуются цѣлые мѣсяцы терпѣливаго и настойчиваго примѣненія упомянутыхъ средствъ. Теперь оставимъ паціента продѣлывать свое лѣченіе, а сами займемся рѣшеніемъ вопроса, откуда сифилисъ у нашего больного. Хотя этотъ вопросъ не имѣетъ прямого практическаго отношенія къ нашему случаю, а относится къ области болѣе теоретической, тѣмъ не менѣе я считаю не лишнимъ подвергнуть его обсужденію. Больной ничего не знаетъ о возникновеніи въ немъ сифилиса; бывшее пораженіе кожи онъ за сифилисъ не признаетъ. Зараженіе per coitum отрицаетъ. И дѣйствительно, самое строгое изслѣдованіе его полового аппарата и лимфатическихъ железъ не даетъ никакого права заподозрить вѣрность показанія больного. Можно думать, что предъ нами случай такъ называемаго „syphilis insontium", когда болѣзнь передается отъ совмѣстнаго сожительства въ одной семьѣ съ зараженной особой, чрезъ общее употребленіе домашнихъ предметовъ: ложки, стакана и пр. Такой способъ передачи и распространенія сифилиса, какъ сообщали мнѣ нѣкоторые земскіе врачи, въ нашихъ деревняхъ не рѣдкость. Цѣлыя семьи заражаются этимъ способомъ. Но, по словамъ больного, всѣ члены семьи, изъ которой онъ самъ происходитъ, совершенно здоровы и никогда не болѣли. Такимъ образомъ объяснить происхожденіе сифилиса у нашего больного описаннымъ способомъ—затруднительно. Попытаемся обратиться къ наслѣдственности, какъ довольно частому источнику передачи lues. Намъ извѣстно, что унаслѣдованный сифилисъ обнаруживается или въ первые мѣсяцы жизни, или проходятъ цѣлые годы и сифилисъ не объявляется, только въ періодѣ половой зрѣлости или даже послѣ показываются первые симптомы болѣзни. Это syphilis hereditaria tarda. Онъ появляется большею частью въ .формѣ гуммозныхъ опухолей, склеротическихъ затвердѣній яичка, печени и т. д. Картина болѣзни у нашего больного наиболѣе приближается къ такому сифилису. Но есть весьма серьезное препятствіе признать въ данномъ случаѣ такой сифилисъ. Дѣло въ томъ, что всѣ субъекты съ унаслѣдованнымъ

сифилисомъ представляются въ высокой степени кахектическими, болѣзненными, съ задержаннымъ развитіемъ. Нашъ же паціентъ— богатырь по всѣмъ статьямъ. Такимъ образомъ и съ этой стороны не выясняется дѣло. Послѣ всего сказаннаго очевидно, что нашъ случай относится къ такимъ, гдѣ возникновеніе сифилиса составляетъ неразгаданную тайну. Такіе случаи въ практикѣ не рѣдки. Они показываютъ, что пути, которыми пробирается сифилисъ въ семьи, весьма разнообразны и потому не уловимы. Я живо помню семью, состоящую изъ мужа, жены и 13-лѣтней ихъ дочери. Послѣдняя представляетъ ясно выраженный третичный сифилисъ, несмотря на то, что *ни отецъ, ни мать никогда не страдали сифилисомъ* и больную кормила сама мать. Родители сами не были въ состояніи дать какое нибудь объясненіе на счетъ заболѣванія ихъ дочери. Я не могу окончить настоящей бесѣды, не коснувшись оспопрививанія со стороны его значенія въ распространеніи сифилиса. Давно въ медицинской литературѣ высказывались отдѣльные голоса, что оспопрививаніемъ передавался и сифилисъ, но на эти голоса не было обращено вниманія, такъ какъ фактическая сторона дѣла не была строго провѣрена. Извѣстная дѣтская эпидемія сифилиса 1861 г. въ мѣстечкѣ Ривальта въ Италіи распространилась путемъ несчастнаго оспопрививанія; это доказано было *несомнѣнно*. Затѣмъ случай зараженія сифилисомъ одной женщины чрезъ оспопрививаніе, наблюдавшійся въ томъ же году въ клиникѣ проф. Труссо, поставилъ вопросъ о передачѣ сифилиса чрезъ вакцинацію на очередь. И онъ былъ подвергнутъ строгому научному обслѣдованію. Прежде всего слѣдовало рѣшить: пріобрѣтаетъ ли вакцинная лимфа гибридную натуру, будучи взята отъ субъекта, одержимаго другою какою либо инфекціонною болѣзнью? Другими словами, способна ли такая лимфа, будучи привитою, сообщить организму двѣ инфекціи? Отвѣтъ на это дали опыты, сдѣланные еще въ 1846 году Таупероmъ. Этотъ ученый прививалъ вакцину, собранную имъ отъ индивидовъ, одержимыхъ корью, скарлатиной и даже сифилисомъ, и такая вакцина никогда *не передавала ничего больше кромѣ вакцины*. Галларъ [1]) въ своей лекціи о вакцинѣ разсказываетъ слѣдующій случай. Одинъ изъ его знакомыхъ врачей, состоя интерномъ въ госпиталѣ, собралъ вакцинную лимфу отъ *сифилитиковъ*, имѣя въ виду какія-то научныя изслѣдованія, но до поры до времени хранилъ трубки съ этой лимфой въ своей квартирѣ. Товарищъ его, которому пона-

[1]) Gallard, Leçon de clin. medic. 1872.

добилась оспенная лимфа, приходитъ къ нему и, не заставъ его дома, беретъ трубки съ этой лимфой и, не подозрѣвая ничего, прививаетъ ее десяти субъектамъ. Только на слѣдующій день разъясняется дѣло; привитые принимаются подъ самое строгое наблюденіе въ теченіе очень долгаго времени, но ни у кого изъ нихъ не развился сифилисъ. Приведенные факты повидимому достаточно убѣдительны, чтобы снять съ оспопрививанія обвиненіе въ распространеніи сифилиса. Но на другой сторонѣ стоятъ факты, и ихъ не мало, доказывающіе съ положительностью, не подлежащею никакому сомнѣнію, возможность передачи сифилиса чрезъ вакцинацію (эпидемія сифилиса въ Ривальтѣ). Вьенуа даетъ этому противорѣчію такое объясненіе: оспенная лимфа, *свободная отъ примѣси крови*, не передаетъ сифилиса, хотя взята отъ сифилитика. Такимъ образомъ не лимфа вакцинная сама по себѣ, а примѣшанная случайно къ ней кровь, является *виновницею сифилитической* инфекціи. Объясненіе это остается господствующимъ въ наукѣ и до настоящаго времени. Здѣсь не мѣсто пускаться въ критическую оцѣнку положенія Вьенуа, скажу мимоходомъ, что спокойное обозрѣніе относящихся сюда фактовъ заставляетъ усумниться въ его безусловной вѣрности. Для насъ важно другое, именно возможность зараженія сифилисомъ чрезъ оспопрививаніе. Быть-можетъ, и нашъ случай, равно и другіе загадочные случаи сифилиса, относятся къ этой категоріи.

Мм. Гг.! Печальный фактъ увеличивающагося распространенія сифилиса въ нашемъ отечествѣ констатированъ съ достаточною точностью. Цѣлыя деревни заражены имъ. Важно было бы выяснить участіе оспопрививанія въ распространеніи заразы; а участіе это, можно ожидать, не мало; особенно, если вспомнить, что оспопрививаніе до недавняго времени находилось въ самыхъ невѣжественныхъ рукахъ. Послѣ всего сказаннаго, я не думаю, чтобы мнѣ нужно было долѣе настаивать предъ вами на важности занимающаго насъ вопроса. Важность эта достаточно ясна для каждаго изъ васъ. Мнѣ остается только въ заключеніе нашей бесѣды выразить желаніе, чтобы Вы въ будущей своей дѣятельности посвятили ему то вниманіе, котораго онъ вполнѣ заслуживаетъ.

Примѣчаніе. Больной пробылъ около мѣсяца въ клиникѣ. Подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія затвердѣніе печени, яичка, равно и количество бѣлка въ мочѣ уменьшились. Но по домашнимъ обстоятельствамъ больной оставилъ клинику, пожелавъ продолжать лѣченіе на дому.

Прощальная лекція.

Мм. Гг.! Я просилъ васъ собраться, чтобы побесѣдовать съ вами въ послѣдній разъ. На слѣдующій годъ вы переходите въ госпитальныя клиники, а еще черезъ годъ, въ качествѣ врачей, выйдете на жизненное поприще. Доведется ли мнѣ встрѣтиться съ вами когда-нибудь въ жизни, Богъ знаетъ! Мое слабое здоровье, частыя занемоганія и, притомъ, въ такомъ возрастѣ, когда причиняемыя болѣзнію разстройства съ трудомъ выравниваются, все это не даетъ мнѣ права разсчитывать на долговѣчность; поэтому мнѣ хотѣлось бы заключить наше научное общеніе разъясненіемъ того, что такое врачъ и какова его роль въ обществѣ. То, что вы по этому поводу услышите отъ меня, есть visum et repertum моего личнаго опыта, оно же провѣрено и опытомъ другихъ. Если бы я имѣлъ удовольствіе знать васъ раньше и если бы вы, прежде чѣмъ посвятить себя медицинскому поприщу, обратились ко мнѣ за совѣтомъ, какой факультетъ для себя избрать, то, конечно, я не посовѣтывалъ бы вамъ избрать медицинскій; я рекомендовалъ бы вамъ посвятить себя изученію другой спеціальности, требующей меньше труда, менѣе отвѣтственной и не вынуждающей васъ на такія жертвы, доходящія подчасъ до риска личнымъ здоровьемъ, какъ медицина. Быть-можетъ, вамъ будетъ странно слышать все это отъ меня, клинициста, представителя практической медицины? Быть-можетъ, вы упрекнете меня въ пессимизмѣ? Послушайте поэтому, что говоритъ извѣстный и авторитетный авторъ Зондеррегеръ. Вотъ его слова: „Ничего нѣтъ возвышеннѣе и красивѣе на землѣ человѣка; онъ составляетъ самую возвышенную и трудную задачу для мысли и дѣяній; его бытіе и смерть, его жизнь и страданія—все это въ высокой степени замѣчательно. Зоркій глазъ и тонкій слухъ долженъ ты имѣть; большой даръ наблюденія, терпѣнія и опять терпѣнія для безконечнаго научнаго труда, свѣтлую критическую голову и желѣзную волю, окрѣпшую въ нуждѣ, и при этомъ теплое сердце, способное понимать и

сочувствовать всякому горю, нравственно-религіозную строгость, которая возвышается надъ чувственностью, корыстью и честолюбіемъ; а также приличную внѣшность, привѣтливость въ обращеніи, здоровье тѣла и души;—все это ты долженъ имѣть, если не желаешь быть плохимъ и несчастливымъ врачемъ. Ты долженъ носить верблюжье бремя всезнанія и сохранять поэтическую свѣжесть души. Медицина должна составлять для тебя все: она должна быть твоей религіей и политикою, твоимъ счастьемъ и несчастьемъ. Никому поэтому не совѣтуй быть врачемъ! И, если кто нибудь пожелаетъ этого, отклони его; отклоняй настойчиво и повторно! Если же, несмотря на это, онъ все же будетъ настаивать на своемъ желаніи быть врачемъ, тогда уступи и дай свое благословеніе. Можно надѣяться, что такое пламенное желаніе принесетъ свои плоды". Такъ говоритъ Зондеррегеръ въ своемъ извѣстномъ сочиненіи, озаглавленномъ: „Vorposten der Gesundheitspflege im Kampfe um's Dasein der Einzelnen und ganzen Völker". И если высокій идеалъ врача, начертанный имъ, заставляетъ автора предостерегать многихъ отъ медицинскаго поприща, то съ другой стороны суровая реальность жизни врача заставляетъ дѣлать то же самое. Я не скрою отъ васъ, что на жизненномъ пути вамъ придется болѣе видѣть терніи, чѣмъ розъ. Въ нашемъ отечествѣ, гдѣ умственный трудъ не высоко цѣнится, врачу приходится подчасъ весьма тяжело: отъ него требуютъ очень многаго, вѣчной готовности быть при исполненіи своихъ обязанностей, а между тѣмъ отказываютъ ему и въ томъ вниманіи, какимъ пользуется почтовая лошадь, закономъ огражденная отъ излишняго труда. Я уже не говорю о той несправедливой оцѣнкѣ дѣятельности врача, которую постоянно приходится видѣть на практикѣ, гдѣ успѣхъ выпадаетъ не на долю знанія и честнаго труда, а часто составляетъ удѣлъ полузнанія и—sit venia verbo—шарлатанства. Врачъ, удачно излѣчившій какого-нибудь вельможу отъ застарѣлой болѣзни, пользуется славою, почестями, на него льется золотой дождь; но врачъ, излѣчившій бѣдняка отъ болѣе трудной болѣзни и, притомъ, при невыгодныхъ условіяхъ, имѣетъ лишь одну награду—благодарныя слезы излѣченнаго. Учитесь поэтому цѣнить эти слезы выше всего на свѣтѣ! Онѣ будутъ для васъ источникомъ живой и благородной энергіи, онѣ же будутъ элементомъ, примиряющимъ васъ съ неприглядною дѣятельностью. Кто не чувствуетъ себя способнымъ дорожить этими слезами, тому лучше не быть врачемъ! Нужно любить свое дѣло не ради матеріальныхъ выгодъ,

а ради той высокой, нравственной роли, той просвѣтительной миссіи, какую врачебная дѣятельность вноситъ въ жизнь. Поэтому приниматься за практическое дѣло врача нужно, достаточно подготовившись; а такая подготовка пріобрѣтается самостоятельною дѣятельностью. Въ виду этого я совѣтую вамъ, по окончаніи вашего университетскаго образованія, работать въ госпиталяхъ, клиникахъ, больницахъ—вообще тамъ, гдѣ бы вы могли закрѣпить, пополнить и расширить практическія ваши свѣдѣнія, имѣя въ своемъ распоряженіи матеріалъ для научныхъ наблюденій. Старайтесь тутъ же выбирать спеціальность согласно склонности вашей къ той или другой отрасли медицины. Но не забывайте при этомъ, что всякая спеціальность есть только вѣтвь главнаго дерева, есть часть цѣлаго. Она остается плодотворною только тогда, когда находится въ живой, органической связи съ самимъ деревомъ, когда она не оторвана отъ общаго; этого не слѣдуетъ упускать изъ виду, иначе легко впасть въ ремесленность. Посѣщеніе медицинскихъ учрежденій, какъ отечественныхъ, такъ и заграничныхъ, весьма полезно для начинающаго врача. Оно вырабатываетъ въ немъ научную самостоятельность и, такъ сказать, личную, научную равнодѣйствующую. Конечно, такое посѣщеніе не всѣмъ доступно. Суровая необходимость заставитъ, быть-можетъ, многихъ изъ васъ приступить прямо къ практической дѣятельности; тутъ потребуется вамъ и книга, и добрый совѣтъ вашихъ товарищей, уже попавыкшихъ въ медицинской практикѣ. Заботьтесь больше всего о хорошихъ отношеніяхъ съ своими сотоварищами, это облегчитъ вамъ многое, необходимое для вашего умственнаго развитія. Не всякій настолько располагаетъ средствами, чтобы имѣть свою собственную библіотеку, свой микроскопъ и т. д. Но, что трудно одному, легко дается многимъ; сохраняя хорошія отношенія между собой, вы можете составлять научныя компаніи и такимъ образомъ unitis viribus пріобрѣтать и книги, и инструменты.

Случаи изъ практики, окончившіеся летально, особенно тяжело падаютъ на душу молодого врача. Они обыкновенно помнятся очень живо и заслоняютъ собою удачные и счастливые по своему исходу случаи. Нерѣдко приходится видѣть врача, который, горько жалуясь на свою безплодную дѣятельность, исчисляетъ свои неудачные случаи и забываетъ тѣ, гдѣ онъ принесъ несомнѣнную пользу. Такое пессимистическое воззрѣніе на собственную дѣятельность, помимо того, что поселяетъ въ душѣ тяжелыя страданія, вмѣстѣ съ тѣмъ парализуетъ энергію къ дѣятельности. Всѣми мѣ-

рами вы должны противодѣйствовать такой научной неврастеніи! Я укажу вамъ на одно очень вѣрное противъ нея средство—это именно: веденіе журнала всѣхъ лѣчившихся у васъ больныхъ съ подробнымъ обозначеніемъ хода и исхода болѣзни. Подводя итоги за извѣстный періодъ времени въ вашемъ журналѣ, вы сразу увидите, что дѣятельность ваша не безплодна, что въ большинствѣ случаевъ вы принесли очевидную пользу и это сразу поборетъ вашъ пессимизмъ. Вы догадываетесь, вѣроятно, что такой журналъ полезенъ и въ другомъ отношеніи: отмѣчая средства, къ которымъ вы прибѣгали при лѣченіи въ той или другой болѣзни, вы убѣждаетесь въ ихъ терапевтическомъ значеніи и чрезъ это вырабатывается у васъ своя клиническая фармакологія. Кромѣ того, вы имѣете возможность, при посредствѣ вашихъ журналовъ, провѣрять личныя ваши наблюденія съ наблюденіями вашихъ товарищей и дѣлиться между собою вашимъ научнымъ матеріаломъ. Все это въ высокой степени важно. Не могу не указать на одну особенность почти всѣхъ молодыхъ врачей, это именно: на стремленіе ихъ скопляться въ большихъ центрахъ, хотя бы безъ дѣла, и неохотно приниматься за дѣятельность врача земскаго—врача для народа.

Правда, служба земскаго врача нелегкая, хлопотливая, но за то нигдѣ дѣятельность врача не выступаетъ съ такою отчетливой благотворностью, какъ въ земствѣ. Здѣсь врачъ является настоящимъ проповѣдникомъ научнаго евангелія среди бѣднаго и невѣжественнаго класса людей. Отъ него они научаются жить гигіеничнѣе, опрятнѣе и воздержаннѣе; врачъ знакомитъ ихъ съ гибельными послѣдствіями пьянства, научаетъ улучшать пищу, правильно ухаживать за дѣтьми, лѣчить ихъ недуги, и поселяетъ въ нихъ довѣріе къ наукѣ. Объ немъ можно сказать, что онъ есть соль земли, есть свѣтъ для темнаго невѣжественнаго люда. Онъ же есть и стражъ нарождающагося поколѣнія. Это ли не почтенная дѣятельность, это ли не высокая роль? Тотъ, кто выполнитъ ее честно, можетъ подъ конецъ своей жизни съ спокойной совѣстью сказать: nunc demittis servum tuum, domine. Кажется, я не пропустилъ ничего, что хотѣлъ сказать въ нынѣшней бесѣдѣ. Позвольте въ заключеніе проститься съ вами! Въ русскомъ народѣ выработался обычай говорить при разставаніи: прости, прощайте. Смыслъ этихъ словъ, по моему, тотъ, чтобы забыты были при разставаніи тѣ недоразумѣнія, тѣ непріятности, которыя зачастую возникаютъ между людьми, при тѣсномъ соприкосновеніи ихъ между собою, и чтобы разстающіеся сохранили лишь хорошія воспо-

минанія о вмѣстѣ проведенныхъ дняхъ. Не поминайте лихомъ, поясняетъ свою мысль русскій человѣкъ при разлукѣ съ близкимъ. Поэтому и я чувствую живую потребность сказать вамъ: прощайте и не поминайте лихомъ. Быть-можетъ, я, какъ больной человѣкъ, былъ нетерпѣливъ, излишне раздражителенъ; быть-можетъ, я не принесъ вамъ пользы въ томъ объемѣ, въ какомъ вы въ правѣ были ожидать отъ меня. Все это прошу простить. Для поясненія же дѣла позвольте вамъ привести на память извѣстную латинскую басню объ охотникѣ и его собакѣ. Вотъ содержаніе этой басни: „У охотника была собака быстрая, сильная, съ зоркимъ глазомъ и острымъ чутьемъ; эти качества дѣлали собаку весьма пригодною для охоты. Охотникъ всегда былъ доволенъ услугами своего любимаго друга; но проходили года и время оказало свое дѣйствіе и на собаку: притупилось зрѣніе и чутье, ослабѣли силы, а съ ними и проворство. Собака стала неузнаваема. Однажды охотникъ, выведенный изъ терпѣнія неловкостью собаки на охотѣ, сталъ наказывать ее; въ отвѣтъ на это престарѣлая собака сказала ему: „за что наказываешь ты меня? Вѣдь не сердце мое измѣнило тебѣ, а силы мои“. Это же самое я могу сказать и вамъ, разставаясь съ вами: „не сердце мое измѣнило вамъ, а силы“.

ОПЕЧАТКА.

	Напечатано:	Слѣдуетъ:
Стран. 6 строка 4 снизу	atrii ventricularis	ostii atrio-ventricularis

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стран.

Цѣна 60 коп.